



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
הבטחת הכנסה

**שאלון לבת זוג נוספת**

|  |                                    |                   |
|--|------------------------------------|-------------------|
| <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> מס' זהות / דרכון<br><div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">סוג</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">דפים</div> </div> המסמך | לשימוש<br>פנימי<br>בלבד<br>(סריקה) | <b>חותמת קבלה</b> |
|--|------------------------------------|-------------------|

שאלון לבת זוג נוספת – נא למלא שם פרטי ומשפחה של בן הזוג (הבעל) \_\_\_\_\_ ומס' ת.ז. \_\_\_\_\_

1

פרטים אישיים

|          |         |           |
|----------|---------|-----------|
| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות |
|----------|---------|-----------|

כתובת מגורים

|                |         |      |      |       |       |
|----------------|---------|------|------|-------|-------|
| רחוב / תא דואר | מס' בית | קומה | דירה | יישוב | מיקוד |
|                |         |      |      |       |       |

טלפון קווי \_\_\_\_\_  
 טלפון נייד \_\_\_\_\_  
 אני מאשר קבלת הודעות SMS \_\_\_\_\_  
 אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

כתובת למכתבים אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה

|                |         |      |      |       |       |
|----------------|---------|------|------|-------|-------|
| רחוב / תא דואר | מס' בית | קומה | דירה | יישוב | מיקוד |
|                |         |      |      |       |       |

פרטי הדירה שבה אני מתגוררת:

במתחם מגורי הבעל  בבעלותי  בהשכרה (צרפי חוזה שכירות)  אצל ההורים שלי  אצל הורי הבעל  אחר, פרטי: \_\_\_\_\_

חובה לצרף צילום תעודת זהות עם כתובת מגורים מעודכנת

2

הצהרה על מצב משפחתי

מאיזה תאריך אתם מתגוררים ביחד? \_\_\_\_\_  
 נא לצרף חוזה נישואין – אם יש

3

פרטי ילדים עד גיל 24 – חובה לסמן את מקום המצאות הילדים

נא סמן את מקום הימצאותו של הילד  
\* נא צרפי אישור מהרשות המוסמכת

| אחר* | שירות לאומי או התנדבות או עתודה או קד"צ | אומנה או פנימייה*        | צבא                      | מתגורר איתי              | ת"ז | שם הילד |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|---------|
|      | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |         |
|      | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |         |
|      | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |         |
|      | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |         |

אם ישנם ילדים נוספים נא ציין את פרטיהם בדף נוסף.  
 במידה וילדיך גויס לצבא, אך נתון זה אינו מופיע לעיל, יש לצרף אישור על כך מהצבא

4

פרטים על לימודים

האם את לומדת במוסד לימודים?  לא  כן  
 יש לצרף אישור ממוסד הלימודים, כולל תאריך תחילת הלימודים וסיומם, ימי לימוד, מספר השעות וסוג התעודה

5

פרטי רכב: אופנוע, טרקטור, טרקטורון, משאית אשר בבעלותך או בבעלות ילדיך

| ילדים עד גיל 24   | התובעת  |                                   |
|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> לא<br><input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____ | <input type="checkbox"/> לא<br><input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____ | האם יש רכב בבעלותך?               |
| <input type="checkbox"/> לא<br><input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____ | <input type="checkbox"/> לא<br><input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____ | האם יש רכב או אופנוע בשימוש קבוע? |

לידיעתך: החוק מאפשר התחשבות בשימוש ברכב לצרכים רפואיים לתקופה ממושכת.

האם הרכב שבבעלותך או בשימושך נדרש לצרכים רפואיים או לצרכי נייחות שלך או של בני משפחתך (בן/בת זוג, ילד, הורה בלבד)?  
 לא  
 כן, נא צרפי אישורים רפואיים  
 אם את חולה לפחות 30 ימים רצופים, את רשאית להפקיד את הרישיונות במשרד הרישוי לתקופת המחלה. יש לצרף אישור מקורי ממשרד הרישוי.

6

תעסוקה

| <input type="checkbox"/> עובדת <input type="checkbox"/> לא עובדת כי _____ |              |          |           |                    |                     |
|---|--------------|----------|-----------|--------------------|---------------------|
| פרטי מקום העבודה  | תקופת העבודה |          | היקף משרה | תאריך הפסקת העבודה | קרבה משפחתית למעסיק |
|   | מתאריך       | עד תאריך |           |                    |                     |
|   |              |          |           |                    |                     |
|   |              |          |           |                    |                     |
|   |              |          |           |                    |                     |

נא צרפי טופס אישור מעסיק "העסקת עובד" (אם את עובדת אצל כמה מעסיקים, נא צרפי טופס מכל מעסיק בנפרד. כמו כן, יש לצרף 3 תלושי שכר אחרונים.

7

פירוט הכנסות ונכסים נא לסמן ליד כל אחד ממקורות ההכנסה "כן" או "לא"

| מקור הכנסה/נכס  | לא <input type="checkbox"/> | כן, סכום: _____ <input type="checkbox"/> |
|---|-----------------------------|--|
| הכנסה מעבודה בארץ או בחו"ל                            | <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____ |
| פנסיה או רנטה בארץ או בחו"ל                           | <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____ |
| פיצויים בארץ או בחו"ל                                 | <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____ |
| תגמולים ממשרדי ממשלה: הביטחון. האוצר. הקליטה. הסוכנות | <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____ |
| דמי שכירות מנכס                                       | <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____ |
| מזונות  | <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____ |
| תמיכה כלכלית קבועה                                    | <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____ |

האם יש לך הכנסה אחרת לא מפורטת \_\_\_\_\_  לא  כן, סכום: \_\_\_\_\_  
 נא לצרף אישורים המעידים על הכנסותיך (לדוגמה: הכנסה מפנסיה – תלוש פנסיה).

פירוט נכסים

שימי לב - אם קיימים כמה נכסים, יש לציין את כולם

| תובעת   | פרטי נכסים: מחסן, דירה, יחידת דיור, מבנה, חנות, קרקע, מגרש, משק חקלאי, עסק                       |
|---|--|
| <p><input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____</p> <p>כתובת הנכס _____</p> <p>גוש וחלקה _____</p>  | <p>האם בבעלותך נכס/ים בארץ או בחו"ל כולל דירת מגורים?</p>  |
| <p><input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כן, יש לצרף חוזה שכירות</p>  | <p>האם הנכס/ים, יחידת הדיור, שבבעלותך מושכרים או משמשים אדם אחר (גם אם לא נחתם חוזה שכירות)?</p> |
| <p><input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כן, מתי נבנתה הדירה? _____</p> <p>מי מתגורר בדירה? _____</p>   | <p>האם בנכס שלך נבנו דירות נוספות המשמשות בן משפחה או אדם אחר?</p>                               |
| <p>שם האב _____</p> <p>ת.ז. _____</p> <p>שם האם _____</p> <p>ת.ז. _____</p> <p>כתובת הדירה בה התגוררו _____</p>   | <p>יש למלא סעיף זה אם אחד מההורים אינו בחיים</p>   |
| <p><input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____</p> <p>ממי קבלת את הנכס? _____</p> <p>יש לצרף צוואה, צו קיום צוואה או צו ירושה, כולל הצהרה מה ירשת</p>            | <p>האם אתה או ילדך קיבלתם נכס/ים בירושה או מתנה, שלא רשומים על שמך או על שם ילדיך?</p>           |
| <p><input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____</p> <p>כתובת הנכס _____</p> <p>יש לצרף צוואה וצו קיום צוואה או צו ירושה, צו הסתלקות מירושה כולל הצהרה מה ירשת</p> | <p>האם הסתלקת מירושה?</p>  |
| <p><input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____</p> <p>ממי קבלת את הנכס? _____</p> <p>יש לצרף חוזה מכירה או העברה של הנכס</p>                                     | <p>האם מכרת או נתת מתנה נכס/ים ללא תמורה בחמש השנים האחרונות?</p>                                |
| <p><input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כן, סוג _____</p>  | <p>האם ברשותך עדר, צאן, בקר או גמלים?</p>  |

9

**פרטי חשבון הבנק**

להלן פרטי החשבון שיש להפקיד בו את תשלומי הגמלה, אם תאושר זכאותך

|         |                  |          |            |   |
|---------|------------------|----------|------------|---|
| שם הבנק | שם הסניף וכתובתו | מס' סניף | מספר חשבון | חשבון מוגבל   |
|         |                  |          |            | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |

10

**הצהרת חשבונות בנק**

להלן חשבונות העו"ש הידועים במוסד לביטוח לאומי. נא פרטי את מצב החשבון – פעיל או סגור

| סוג החשבון   | מצב חשבון (פעיל/סגור) | שם בעל החשבון | מספר חשבון | שם הבנק או חברת השקעות | שם הסניף | מס' הסניף |
|--------------|-----------------------|---------------|------------|------------------------|----------|-----------|
| חשבונות עו"ש |                       |               |            |                        |          |           |

האם קיימים על שמך, או על שם הילדים שבאחזקתך חשבונות נוספים, שלא מופיעים בטבלה לעיל כגון: עו"ש פיקדונות שקלים, מט"ח, ניירות ערך, חסכונות, קרן השתלמות או כל השקעה אחרת.

לא, אין חשבונות נוספים

כן, נא פרטי בטבלה

|               |            |                 |
|---------------|------------|-----------------|
| שם בעל החשבון | מספר חשבון | בבנק/בית השקעות |
|               |            |                 |

**נא לצרף להצהרתך אישור או תדפיס ריכוז יתרות ותדפיס עו"ש מהבנק עבור שלושת החודשים האחרונים מכל החשבונות הפעילים והמוגבלים.**

הצהרה: אני החתומה מטה, מצהירה בזאת כי לא קיימים חשבונות נוספים שאינם מפורטים. כמו כן, אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על פתיחת חשבונות בנק נוספים על שמי על שם בן/בת זוג או על שם הילדים.

שם התובעת \_\_\_\_\_ מס' תעודת זהות \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_

הצהרה

11

אני / אנו הח"מ התובע/ים גמלה להבטחת הכנסה מצהיר/ים בזה, כי כל הפרטים שמסרנו בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים.

ידוע לי/לנו, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה ע"פ חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים שהם בעלי חשיבות לעניין – דינו/דינה קנס כספי או מאסר. ידוע לי/לנו, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי/מסרנו בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי/נו לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני/אנו מתחייב/ים להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

כמו כן אני/אנו מתחייב/ים להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי, כגון מצב משפחתי, מקום מגורים, לימודים, עבודה, מקורות הכנסה ועל כל יציאה מהארץ.

אני/אנו מסכים/ים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוננו, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושגי התשלומים.

אני מסכימה כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובעת \* \_\_\_\_\_ חתימת בן הזוג \* \_\_\_\_\_

כתב ויתור סודיות והרשאה למסירת מידע

12

| פרטי בת הזוג |          |           |
|--------------|----------|-----------|
| שם פרטי      | שם משפחה | מספר זהות |

אני הח"מ נותנת בזה רשות למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו או לכל אדם אחר הפועל מטעם המוסד לביטוח לאומי או בעבורו, לקבל או למסור לביטוח לאומי כל מידע שיבקש על אודותי והמצוי ברשותכם, לרבות מידע על מצבי הרפואי, לרבות טיפולים בתחום הפסיכיאטרי, הסוציאלי, התפקודי או השיקומי בעבר ובהווה (כולל מידע בדבר סידור ילדיי במסגרת חוץ ביתית) וכן כל מידע בדבר נכות רפואית או אחרת שנקבעה לי לפי חוק הביטוח הלאומי או לצורך ביצועו של החוק האמור, וכן מידע על גמלאות ועל תשלומים אחרים מהמוסד לביטוח לאומי שלהם אני זכאית או הייתי זכאית, וכל מידע או מסמך הדרושים להחלטת המוסד, או כל מוסד בנקאי או עובד של מוסד בנקאי, וכן פרטים על חשבונות הבנק שלי ושלנו, וזאת בקשר לתביעה לקבלת גמלה להבטחת הכנסה.

בלי לגרוע מהאמור לעיל, אני מתירה בזה למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו, למסור מידע, מסמך, תעודה, חוות דעת, דו"ח או הערכה רפואית, תפקודית או אחרת המצוי ברשות המוסד לביטוח לאומי בדבר מצבי הבריאותי, התפקודי, הסוציאלי, השיקומי או בדבר גמלאות ותשלומים אחרים שלפי חוק הביטוח הלאומי אני זכאית להם.

ואני משחררת ופוטר אתכם מחובת השמירה על סודיות כלשהי אחרת, ומוותרת בזה על כל טענה בקשר לסודיות אחרת, בלי יוצא מן הכלל, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כל שהוא למסירת מידע כאמור.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \* \_\_\_\_\_



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
הבטחת הכנסה

## שאלון לבן/בת זוג

### הפניה ללשכת התעסוקה

יש למלא טופס זה ולמסוב אותו בלשכת התעסוקה, כדי לקבל עבודה התואמת את מצב בריאותך

#### פרטי התובעת

אני מצהירה בזאת שאני הח"מ הגשתי תביעה להבטחת הכנסה בתאריך \_\_\_\_\_ בסניף \_\_\_\_\_

| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות |
|----------|---------|-----------|
|----------|---------|-----------|

אני מצהירה בזאת, כי ידוע לי שעלי לפנות מיד לשירות התעסוקה, להתייצב כפי שיידרש ממני ולקבל כל עבודה מתאימה שתוצע לי

אינני עובדת  אני עובדת בהיקף של \_\_\_\_\_ שעות בשבוע. אצל \_\_\_\_\_

ידוע לי, כי לעניין חוק הבטחת הכנסה "עבודה מתאימה" היא כל עבודה המתאימה למצבי הבריאותי ולכושרי הגופני, וכי עליי להירשם כתובעת הבטחת הכנסה. כן ידוע לי, שאם לא אנהג לפי הוראות שירות התעסוקה, או שאסרב לקבל כל עבודה מתאימה שיציעו לי, יגרום הדבר לשלילת הזכאות לגמלה להבטחת הכנסה לחודש הסירוב ולחודש שאחריו. אני מסכימה בזאת שהמוסד לביטוח לאומי יעביר לשירות התעסוקה כל מידע או תיעוד על אודותיי הנמצא בידיו, והדרוש לצורך טיפול בהשמתי בעבודה.

אני מצהירה בזאת כי (נא סמן את הסעיף המתאים):

לא הגשתי תביעה לנכות למוסד לביטוח לאומי  הגשתי תביעה לנכות כללית למוסד לביטוח לאומי  
 המוסד לביטוח לאומי אישר לי \_\_\_\_\_% נכות התקפים למועד זה. מצ"ב קביעת מחלקת נכות.  
 חתימת התובע \* \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

**חותמת קבלה**

**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
הבטחת הכנסה



**כתב ויתור על סודיות רפואית**

**שם הגמלה: הבטחת הכנסה**

**פרטים אישיים**

|                  |  |                  |                                  |
|------------------|--|------------------|----------------------------------|
|                  | <b>תאריך תביעה</b><br><br>שנה    חודש    יום | <b>מספר זהות</b> | <b>קוד גמלה</b><br><br><b>07</b> |
| <b>מספר זהות</b> | <b>שם פרטי</b>                               | <b>שם משפחה</b>  |                                  |

**הצהרה**

אני הח"מ מוותרת על הסודיות שלי ונותנת בזה רשות למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו או לכל אדם אחר הפועל מטעם המוסד לביטוח לאומי או בעבורו, לקבל או למסור לביטוח לאומי כל מידע שביקש על אודותיי והמצוי ברשותכם, לרבות מידע על מצבי הסוציאלי, התפקודי או השיקומי בעבר ובהווה (כולל מידע בדבר סידור ילדיי במסגרת חוץ ביתית) וכן כל מידע בדבר נכות רפואית או אחרת שנקבעה לי לפי חוק הביטוח הלאומי או לצורך ביצועו של החוק האמור, וכן מידע על גמלאות ועל תשלומים אחרים מהמוסד לביטוח לאומי שלהם אני זכאית או הייתי זכאית, וכל מידע או מסמך הדרושים להחלטת המוסד, או כל מוסד בנקאי או עובד של מוסד בנקאי, וכן פרטים על חשבונות הבנק שלי ושלנו, וזאת בקשר לתביעה לקבלת גמלה להבטחת הכנסה.

בלי לגרוע מהאמור לעיל אני מתירה בזה למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו, למסור מידע, מסמך, תעודה, חוות דעת, דו"ח או הערכה רפואית, תפקודית או אחרת המצוי ברשות המוסד לביטוח לאומי בדבר מצבי הבריאותי, התפקודי, הסוציאלי, השיקומי או בדבר גמלאות ולתשלומים אחרים שלפי חוק הביטוח הלאומי אני זכאית.

ואני משחררת ופוטר אתכם מחובת השמירה על סודיות כלשהי אחרת, ומוותרת בזה על כל טענה בקשר לסודיות אחרת, בלי יוצא מן הכלל, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כל שהוא למסירת מידע כאמור.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה ✕ \_\_\_\_\_