



תביעה להבטחת הכנסה – למילוי בעבור ילד הזכאי לגמלה מיוחדת

קטין זכאי לקבל גמלה להבטחת הכנסה כאשר הוא עונה על שני התנאים האלה:

1. תושב ישראל שהוא:
 - "ילד יתום" – יתום משני הוריו, או יתום מהורה אחד וההורה השני נעדר (נמצא בכלא, ניתק קשר או חי בחו"ל).
 - או "ילד הזכאי לגמלה מיוחדת" – ילד שהוריו נטשו אותו בישראל, בתנאי שאחד מהוריו תושב ישראל, או ילד שההורה תושב ישראל נטש אותו וההורה השני נפטר, נעדר או שאינו מתגורר איתו ובאופן קבוע ואינו ממלא את חובותיו כלפי בנו.
2. טרם מלאו לילד 18 שנים.
 - או מלאו לילד 18 שנה וטרם מלאו לו 20 שנה ועיקר זמנו מוקדש לסיום לימודיו במוסד חינוכי על יסודי.
 - או טרם מלאו לילד 20 שנה והוא נמצא במכינה קדם צבאית שהוכרה ע"י משרד הביטחון.
 - או טרם מלאו לילד 24 שנה והוא נמצא בשירות לאומי או בעתודה לפני שירות צבאי.

אינו זכאי לקבל גמלה להבטחת הכנסה כילד הזכאי לגמלה מיוחדת

1. ילד מאומץ הנמצא במשמורתו של ההורה המאמץ.
2. ילד שאוצר המדינה או הרשות המקומית נושאים בהחזקתו.
3. ילד שנמצא בפנימייה על חשבון רשויות הרווחה יוכל להיות זכאי בחופש הגדול, בחופשת ראש השנה, בסוכות ובפסח, אם הוא יוצא לחופשה בת 15 יום ומעלה.

כמה דברים שכדאי לך לדעת

- הזכאות לגמלה תיבחן ממועד מסירת הטופס. לכן, הגש את הטופס ללא דיחוי, גם אם חסרים לך חלק מהמסמכים שיש לצרף. יתכן שתידרש להמציא מסמכים נוספים.

שים לב! לפני הגשת הטפסים לסניף – נא ודא

- מילאת את כל הפרטים חתמת בכל המקומות, פירטת את הסיבה להגשת התביעה (אתה ובן או בת הזוג שלך).
- תביעה שלא ימולאו בה כל הפרטים, תוחזר בדואר. לפיכך, הקפד למלא את כל השאלות בטופס.
- צירפת את כל המסמכים שנדרשו. אם יש קושי בהמצאת מסמך מסוים – נא ציין את הסיבה לכך.
- לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון שמספרו *6050 או 04-8812345, או להגיע לסניף הקרוב.
- מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il
- לבירורים אישיים מומלץ לפנות לסניף הביטוח הלאומי הקרוב לאזור מגוריך.

כיצד יש להגיש את התביעה

- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
הבטחת הכנסה

תביעה לגמלה להבטחת הכנסה

ילד הזכאי לגמלה מיוחדת

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון _____	מס' זהות / דרכון _____
סוג המסמך 0 1	דפים

1

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות	
תאריך לידה		שם האם		שם האב	
מצב משפחתי נוכחי: <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אחר, פרט _____					
כתובת					
מיקוד	יישוב	דירה	קומה	מס' בית	רחוב / תא דואר
כתובת מגורים					
כתובת למשלוח דואר					
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני: _____@_____	
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.					
אני שוהה אצל					
<input type="checkbox"/> קרוב משפחה שם: _____ סוג הקרבה: _____					
<input type="checkbox"/> פנימייה, בחופשות מתארח אצל: _____ יש לצרף אישור על תקופת החופשה מהפנימייה					
<input type="checkbox"/> אחר _____					

2

שם פרטי	שם העובד הסוציאלי	שם העובד הסוציאלי המטפל
טלפון להתקשרות	כתובת העובד הסוציאלי למשלוח דואר	טלפון להתקשרות

3

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות	
שם פרטי		קרבה לקטין		מספר זהות	
כתובת למשלוח דואר					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
טלפון קווי					
טלפון נייד					
פרטי הגוף המגיש את התביעה בשם הקטין _____					
שם אפטרופוס (אם נקבע) _____ יש לצרף פרוטוקול בית הדין למינוי אפטרופוס			תאריך ועדת תכנון, טיפול והערכה אחרונה של הלשכה לשירותים חברתיים		

4 פרטי אחים עד גיל 24

סמן את מקום הימצאותו של האח						שם משפחה	שם פרטי
אחר	שירות לאומי או התנדבות או עתודה או קד"צ	אומנה או פנימייה	צבא	מתגורר איתי	ת. זהות		
	<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"/>			

5 סיבת הגשת התביעה

מהי הסיבה להגשת התביעה (יש להתייחס למצב ההורים ולקשר עימם) _____

6 פרטים על לימודים למי שמלאו לו 18 שנה

האם אתה לומד? לא כן
 נא פרט למטה את פרטי מוסד הלימודים:

שם מוסד הלימודים וכתובתו	כיתה
_____	_____

יש לצרף אישור ממקום הלימודים, על תאריך תחילת לימודים וסיומם.

7 רכב לילד מעל גיל 17

האם יש רכב ברשותך או ברשות אחיך (אם אתם מתגוררים ביחד)? לא כן, פרטי הרכב _____

8 תעסוקה (לילד מעל גיל 16)

האם אתה עובד היום? לא כן, פרט את פרטי המעסיק: _____
 האם אתה בשירות לאומי? לא כן _____ אחר _____

9 פירוט הכנסות ונכסים נא ציין כל אחד ממקורות ההכנסה האלה (אם יש לך וגם אם אין):

מקור הכנסה/נכס	לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
הכנסה מעבודה	לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
תגמולים ממשרדי ממשלה: הביטחון, האוצר, הקליטה, הסוכנות	לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
דמי שכירות מנכס	לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
מזונות	לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
תמיכה כלכלית קבועה	לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
האם יש לך הכנסה אחרת שלא מפורטת:	לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____

נא לצרף אישורים המעידים על הכנסותיך(לדוגמא: הכנסה מעבודה – תלוש שכר)

10

פרטי ההורים של התובע (יש למלא סעיף זה אם ההורים אינם בחיים)

שם האב	מספר זהות
שם האם	מספר זהות

הכתובת שבה התגוררו ההורים

רחוב / תא דואר	מס' בית	קומה	דירה	יישוב	מיקוד

נכסי ההורים במקרה שאחד ההורים אינו בחיים

פרט את נכסי ההורים (דירה, קרקע, מגרש, מבנה) _____
האם הנכסים הועברו בירושה או במתנה לך או לאחריך? לא כן, _____
האם הנכס מושכר? לא כן, צרף חוזה שכירות

הערה חשובה: הגמלה תועבר רק לחשבון הרשום על שם הקטין או האפוטרופוס או מי שמונה לקבל את הגמלה

11

פרטי חשבון הבנק שאליו תועבר הגמלה

חשבון בנק על שם הילד חשבון בנק על שם האפוטרופוס חשון בנק על שם הממונה על קבלת הגמלה
להלן פרטי החשבון שבו יש להפקיד את תשלום הגמלה, אם תאושר זכאות שמות בעלי החשבון (כולל שותפים)

שם:	ת.ז.:	שם:	ת.ז.:
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
			חשבון מוגבל
			<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

12

הצהרת חשבונות בנק

להלן חשבונות עו"ש הידועים במוסד לביטוח לאומי. נא לציין 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 האחים הגרים איתך, חשבונות נוספים, שלא מופיעים בטבלה לעיל מסוג: עו"ש פיקדונות שקלים, מט"ח, ניירות ערך, חסכונות, קרן השתלמות או כל השקעה אחרת.
 לא, אין לי חשבונות נוספים כן, נא פרט בטבלה

שם בעל החשבון	מספר חשבון	בבנק/בית השקעות

הצהרה: אני החתום מטה מצהיר בזאת כי אין לי חשבונות נוספים שאינם מפורטים לעיל. כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על פתיחת חשבונות נוספים על שמי או על שם האחים הגרים איתי.
שם התובע _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה * _____

הצהרה

13

אני הח"מ התובע גמלה להבטחת הכנסה מצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים. ידוע לי, 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 שיש להם חשיבות לעניין – דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל שינוי לגבי הפרטים שנמסרו בתביעה, כגון: מצב משפחתי, מקום מגורים, לימודים, עבודה, מקורות הכנסה ועל כל יציאה מהארץ. אני מסכים 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 מושכי התשלומים. אני מסכים 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 להציאם לפי דרישה.

חתימת התובע ✕ _____ תאריך _____
 שם מגיש התביעה בשם הילד (עו"ס, בן משפחה וכיו"ב) _____ חתימה ✕ _____

כתב ויתור סודיות והרשאה למסירת מידע לגבי ילד שהגיע לגיל 18 (אם טרם הגיע לגיל 18, למילוי ע"י אפוטרופוס – אם קיים)

14

מספר זהות	שם התובע
<p>אני הח"מ נותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו או לכל אדם אחר הפועל מטעם המוסד לביטוח לאומי או בעבורו, לקבל או למסור למוסד לביטוח לאומי כל מידע שיבקש על אודותי או אודות קטין, המצוי ברשותכם, לרבות טיפולים בתחום הפסיכיאטרי, הסוציאלי, התפקודי או השיקומי בעבר ובהווה (כולל מידע בדבר סידור ילדי במסגרת חוץ ביתית) וכן כל מידע בדבר נכות רפואית או אחרת שנקבעה לי או לקטין לפי חוק הביטוח הלאומי או לצורך ביצועו של החוק האמור, וכן מידע על גמלאות ועל תשלומים אחרים מהמוסד לביטוח לאומי שלהם אני או הקטין זכאי או הייתי זכאי. וכל מידע או מסמך הדרושים להחלטת המוסד, או כל מוסד בנקאי או עובד של מוסד בנקאי, וכן פרטים על חשבונות הבנק של או של הקטין וזאת בקשר לתביעה לקבלת גמלה להבטחת הכנסה.</p>	
<p>בלי לגרוע מהאמור לעיל, אני או הקטין מתירים בזה למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו, למסור מידע, מסמך, תעודה, חוות דעת, תפקודית או אחרת, המצוי ברשות המוסד לביטוח לאומי בדבר מצבי הבריאות, התפקודי, הסוציאלי, השיקומי או בדבר גמלאות ותשלומים אחרים שלפי חוק הביטוח הלאומי אני או הקטין זכאים להם.</p>	
<p>אני או הקטין משחרר ופוטר אתכם מחובת השמירה על סודיות כלשהי אחרת, ומוותר בזה על כל טענה בקשר לסודיות אחרת, בלי יוצא מן הכלל, ולא תהיה לי או לקטין אליכם כל טענה או תביעה מסוג כל שהוא למסירת מידע כאמור.</p>	
<p>חתימת התובע ✕ _____ תאריך _____ שם מגיש התביעה בשם הילד (עו"ס, בן משפחה וכיו"ב) _____ חתימה ✕ _____</p>	

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
הבטחת הכנסה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: הבטחת הכנסה

פרטים אישיים

	תאריך תביעה 	מס' זהות	קוד גמלה 07
שם פרטי		שם משפחה	

חבר בקופת חולים

כללית מאוחדת מכבי לאומית אחר _____

הצהרת התובע

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ונותן 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 אודותיי והמצוי ברשותכם, לרבות מידע על מצבי הרפואי, לרבות טיפולים בתחום הפסיכיאטרי, הסוציאלי, התפקודי או השיקומי בעבר ובהווה (כולל מידע הנוגע לסידור ילדי במסגרת חוץ ביתית).

תאריך _____ חתימת התובע ✕ _____

הצהרת מגיש התביעה

אני הח"מ, המגיש את התביעה בשם הקטין הנ"ל, מוותר על הסודיות הרפואית של הקטין ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלה, מצב רפואי, טיפול שניתן, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי, שיקומי או פסיכיאטרי אודות הקטין.

תאריך _____

שם מגיש התביעה בשם הילד (עו"ס, בן משפחה וכיו"ב) _____ חתימה ✕ _____