



## בקשה לוועדת חריגים לנפגעי פעולות איבה

**לתשומת לבך:** טרם הגשת בקשה לסיוע מאת ועדת חריגים, יש לבדוק את הזכאות לבקשה הנדונה בסניף הקרוב למקום מגוריך.

### חובה לצרף לטופס זה

- ✎ פירוט הוצאות חודשיות, תדפיסי עובר ושב ותדפיסי פירוט הוצאות באשראי של שלושת החודשים שקדמו להגשת הבקשה.
- ✎ כל המסמכים הנדרשים בטופס זה.
- ✎ מכתב נלווה (עמוד אחרון של הטופס), הכולל את הסיבות להגשת הבקשה.

### כיצד יש להגיש את הבקשה

- ✎ יש למלא את הבקשה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש.
- ✎ **את הבקשה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן להעביר באמצעות עו"ס או :**
  - 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](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על הבקשה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



**בקשה לוועדת חריגים  
לנפגעי פעולות איבה**

מס' זהות / דרכון <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
סוג המסמך <input type="text"/> <input type="text"/>	דפים <input type="text"/> <input type="text"/>	

**חותמת קבלה**

**1**

**פרטי המבקש**

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

מועד תחילת הזכאות

מצב משפחתי  רווק/ה  אלמן/ה  נשוי/אה   
 פרוד/ה  גרוש/ה  ידוע/ה בציבור

**כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:**

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

**מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2**

**פרטי ילדים עד גיל 21**

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב	.1
<input type="text"/>	<input type="text"/>	שנה חודש יום	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	שנה חודש יום	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	שנה חודש יום	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	שנה חודש יום	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	שנה חודש יום	<input type="text"/>	.2
<input type="text"/>	<input type="text"/>	שנה חודש יום	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	שנה חודש יום	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	שנה חודש יום	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	שנה חודש יום	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	שנה חודש יום	<input type="text"/>	.3
<input type="text"/>	<input type="text"/>	שנה חודש יום	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	שנה חודש יום	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	שנה חודש יום	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	שנה חודש יום	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	שנה חודש יום	<input type="text"/>	.4
<input type="text"/>	<input type="text"/>	שנה חודש יום	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	שנה חודש יום	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	שנה חודש יום	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	שנה חודש יום	<input type="text"/>	

3

**הצהרה בדבר סיוע ממקור אחר**

האם פנית בעבר בבקשה דומה לגופים נוספים? נא פרט:

_____ סוג הקצבה	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	משרד האוצר בגין מלחמה או רדיפות הנאצים - לקבלת קצבת נכות
_____ סוג הקצבה	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	מת"ש - לקבלת קצבה מצה"ל, שב"ס או המשטרה
_____ סוג הקצבה	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	קצבה חודשית מחברת ביטוח (למעט ביטוח סיעודי)
_____ סוג הקצבה	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	לכל מוסד אחר, פרט _____

4

**פרטים על הכנסות המבקש וכן/בת הזוג. (יש לצרף מסמכים ואישורים משלושת החודשים האחרונים).**

על מנת שנוכל לבדוק בקשתך לסיוע, יש לצרף תדפיסי חשבונות עו"ש רבעוניים ואישור מהבנק על פיקדונות וחסכונות שלך ושל בן / בת הזוג.

מקור הכנסה		סכום הכנסה חודשי בש"ח
הכנסות המבקש	הכנסות בן/בת זוג המבקש	
_____	_____	1. הכנסה משכר ואו מעסק (לצרף תלושי שכר ושומה)
_____	_____	2. פנסיה מהארץ או מחו"ל
_____	_____	3. פיצויים/תשלומים מחברת הביטוח
_____	_____	4. רנטה מחו"ל
_____	_____	5. גמלה מהאוצר
_____	_____	6. גמלה ממשרד הביטחון
_____	_____	7. גמלה משירות קבע בצה"ל
_____	_____	8. קיצבה מגורם אחר פרט: _____
_____	_____	9. מזונות
_____	_____	10. הכנסה מריבית או ניירות ערך או תשלום מחסכון וקופת גמל
_____	_____	11. הכנסה משכר דירה, מבנה, מגרש, משק
_____	_____	12. הכנסה מרכב מושכר (כולל מונית)
_____	_____	13. הכנסה המופקדת מחוץ לישראל או הכנסה מכ הסכם או הסדר אחר פרט: _____
_____	_____	14. הכנסה מכל מקור אחר. פרט: _____

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר. אם אתה מתנגד לכך, עלייך לסמן את ההצהרה הבאה:

אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

**במידה ואתה מסרב שנפנה למעסיקיך לקבלת נתוני הכנסותיך, עלייך להמציא 6 תלושי שכר ופנסיה מוקדמת לתקופה של שישה חודשים שקדמו להגשת התביעה.**

5

**הוצאות מיוחדות**

הוצאות מיוחדות כגון דמי מזונות, ילד בפנימייה למי שאינו מקבל החזר מהמשרד, הוצאות רפואיות מיוחדות שאין עליהן סיוע וכו'. נא לצרף אישורים מתאימים.

---



---

מתגורר בדירה בת \_\_\_\_\_ חדרים, קומה \_\_\_\_\_ . מעלית  יש  אין בבעלות \_\_\_\_\_ בעל הדירה מתגורר בשכירות \_\_\_\_\_ .

דיור בשכירות:  חברה ציבורית מאכלסת  דירת נ"ר  דירת המשרד  שכירות עצמית פרטית עלות חודשית לשכירות בסך \_\_\_\_\_ ₪ לחודש.

ניתנת השתתפות משרדנו בשכ"ד בסך \_\_\_\_\_ ₪ לחודש, תקופת השכירות הנוכחית מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ .

ניתנת השתתפות ממשרד השיכון/אחר בסך \_\_\_\_\_ ₪ מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_ נכסים אחרים שבבעלות (דירות, מגרשים וכו') \_\_\_\_\_

פירוט הסיוע שניתן לפונה בעבר למטרות שונות

בסעיפים הבאים פרט מה סך הסיוע שניתן למטרות השונות: תאריך הסיוע, מטרת הסיוע וסכום הסיוע. סיוע שאושר בסמכות חריגה: וועדה מייעצת, ועדת למ"ד או אחר. יש לציין זאת בהדגשה לצד הסיוע. במידה ולא מומש הסיוע – יש לציין זאת.

הערות	סמכות האישור	מטרת הסיוע	סכום הסיוע	תאריך הסיוע	
<input type="checkbox"/> דירה בשכירות ציבורית/נ"ר <input type="checkbox"/> רכישה <input type="checkbox"/> החלפת דירה <input type="checkbox"/> משכנתא <input type="checkbox"/> שיפוצים <input type="checkbox"/> אחר _____					דיור
					שכר דירה
					שיקום כלכלי
					סיוע אחרון לרכב לשימוש אישי או רפואי
					כיסוי חובות
					סיוע לשיקום לזכאי - לימודים
					סיוע אחר

ניכוי הלוואות – לציין את כל ההלוואות הקיימות

סה"כ	הלוואה מבנק אחר _____	הלוואה מבנק אחר _____	הלוואה מבנק אחר _____	הלוואה מבנק אחר _____	
					סכום הלוואה מקורי
					ריבית והצמדה
					מטרת ההלוואה
					מועד לקיחת ההלוואה
					מועד סיום ההלוואה
					החזר חודשי
					יתרת ההלוואה
סך הכנסות חודשיות של המשפחה (נטו) _____ ₪					

פרטי חשבון הבנק של המבקש

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אני השותף לחשבון הבנק שלי: שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימים על טופס עדכון החשבון.

אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי 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 היא עלי להמציאם לפי דרישה.

\_\_\_\_\_ x חתימת מקבל התשלום  
 \_\_\_\_\_ x חתימת/חתימות השותפים לחשבון  
 \_\_\_\_\_ תאריך

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. צירוף המסמכים המבוקשים מהווים תנאי לטיפול בבקשתי זו.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי 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. הובא לידיעתי כי במידה ואגף שיקום נכים ימצא לנכון להשלים נתונים באמצעות פניה למאגרי מידע (מס הכנסה וביטוח לאומי), אזי אתבקש לתת בעתיד ובנפרד את הסכמתי לכך. הובהר לי כי אי הסכמה לכך עלולה להשפיע על ההחלטה בבקשה זו.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרופותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך זה. ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il) < יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות. אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותי מצדדי ג', בהתאם לדין.

אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

חתימת התובע x \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

