

לשימוש פנימי (סריקה)

| | | | | | | | | | | | |
|----------|--|------|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
| מס' זהות | | | | | | | | | | | |
| סוג | | דפים | | המסמך | | | | | | | |

חותמת הסניף

Questionnaire for Determining Residency of Persons Returning From Abroad

The National Insurance Institute determines one's residency for all matter relating to the National Insurance Law and any other laws based on this determination, such as the National Health Insurance Law.

A resident of Israel is a person whose life is centered in Israel, and whose absence from Israel is strictly a temporary one.

In order for us to determine your residency and your status as they pertain to the National Insurance Law, please complete this questionnaire (some of the questions ask you to check off the relevant answers) and attach the requested documents.

Note: Any falsification or withholding of information relevant to this questionnaire is a violation of the law.

שאלון לקביעת תושבות – לחזור מחו"ל

המוסד לביטוח לאומי קובע את תושבותו של אדם לעניין חוק הביטוח הלאומי, חוק ביטוח בריאות ממלכתי, וליתר החוקים המבוצעים על ידו. "תושב ישראל" הינו אדם שמרכז חייו בישראל, ושהעדרותו ממנה הינה היעדרות ארעית בלבד.

כדי שנוכל לקבוע את תושבותך ומעמדך, הנך מתבקש/ת למלא את השאלון על כל פרטיו ולצרף אישורים כנדרש. לידיעתך! מסירת פרטים שאינם נכונים ו/או העלמת פרטים מהווה עבירה על החוק.

במקרי בהם הנך מתבקש/ת לבחור תשובה אחת מבין כמה אפשרויות, עליך לסמן ✓ במשבצת המתאימה.

1. Personal Information

1. פרטים אישיים

| | | |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| ID# מספר זהות | First Name שם פרטי | Last Name שם משפחה |
| Aliyah Date תאריך עליה | Date of Birth תאריך לידה | Father's Name שם האב |

Personal Status

מצב משפחתי

| | |
|-----------------|--------------------------------------------|
| Since מתאריך | Current Marital Status מצב משפחתי נוכחי |
|-----------------|--------------------------------------------|

רווק/ה Single
 נשוי/נשואה Married
 גרושה/ה Divorcee
 אלמנה/ה Separated
 נפרד/ת

Spouse Information

פרטי בן/בת הזוג

| | | |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| מספר ילדים מתחת לגיל 18 No. of children under 18 | Spouse's Full Name שם פרטי ומשפחה | Spouse's ID # זהות בן/בת הזוג |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|

Address in Israel

כתובת מגורים בישראל

| | | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|-----------|-----------------------|---------------|--------------------|----------------|
| Zip Code מיקוד | City עיר | שוב יש | דירה Apt. # | כניסה Ent. | מס' בית House # | Street רחוב |
| Cell Phone # מספר טלפון נייד | Another Phone # מספר טלפון חלופי | | Phone # מספר טלפון | | | |

Mailing Address

כתובת למשלוח דואר

| | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------|-----------------------|---------------|-----------------------|----------------|
| Relationship of Recipient הנמען הוא: | | | | | Full Name שם הנמען | |
| <input type="checkbox"/> Friend <input type="checkbox"/> Sibling <input type="checkbox"/> Parent | | | | | | |
| Zip Code מיקוד | City עיר | שוב יש | דירה Apt. # | כניסה Ent. | מס' בית House # | Street רחוב |
| Cell Phone # מספר טלפון נייד | Another Phone # מספר טלפון חלופי | | Phone # מספר טלפון | | | |

תקופת שהייה בחו"ל – Period of Residence Abroad

2. Information Regarding Your Stay Abroad

2. פרטים אודות השהייה בחו"ל

Please specify the complete period you were abroad (based on the dates in your Israeli or foreign passport).
 נא ציין תקופה כוללת בה שהית בחו"ל לפי דרכון ישראלי או דרכון זר.

| Country and Purpose – מדינה ומטרה | | Time Periods – תקופות | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|----|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|----|
| ב | In | d | d | m | m | y | y | y | y | עד תאריך To | d | d | m | m | y | y | y | y | מתאריך From ⇐ | .1 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | .2 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | .3 |

| 3. Information regarding the severing of ties abroad | | 3. פרטים אודות ניתוק הקשר עם חו"ל | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>a. Have you sold your properties abroad? If yes, please specify what was sold and which of your properties have not yet been sold:</p> | <p>לא <input type="checkbox"/> No</p> | <p>כן <input type="checkbox"/> Yes</p> | <p>א. האם מכרת את נכסיך בחו"ל? אם כן, נא לציין אילו נכסים נמכרו והאם נותרו נכסים שטרם נמכרו:</p> |
| <hr/> | | | |
| <p>b. Have you terminated your work relationship abroad? If yes, please specify when you stopped working and the reason (retirement, termination). If no, please specify if you continue working abroad and the details of your job position:</p> | <p>לא <input type="checkbox"/> No</p> | <p>כן <input type="checkbox"/> Yes</p> | <p>ב. האם סיימת את קשרי עבודתך בחו"ל? אם כן, נא לציין מתי הפסקת לעבוד והסיבה להפסקת העבודה (כגון: פיטורים, יציאה לפנסיה וכו'). אם לא, נא לציין האם את/ה ממשיך/ה לעבוד בחו"ל ולציין מהו משלח ידך:</p> |
| <hr/> | | | |
| <p>c. Have you declared or addressed official authorities abroad about your desire to leave the country? If yes, please specify the authorities you have addressed. If no, please specify the reason for not doing so.</p> | <p>לא <input type="checkbox"/> No</p> | <p>כן <input type="checkbox"/> Yes</p> | <p>ג. האם הצהרת ו/או פנית לגורמים רשמיים במדינה בה שהית והודעתה להם על רצונך לעזוב את המדינה? אם כן, נא לציין לאלו גורמים פנית. אם לא, נא לציין מדוע לא פנית.</p> |
| <hr/> | | | |
| <p>d. Did your spouse also cease living abroad and is returning with you? If no, specify why.</p> | <p>לא <input type="checkbox"/> No</p> | <p>כן <input type="checkbox"/> Yes</p> | <p>ד. האם בן/בת הזוג גם הפסיק/ה לחיות בחו"ל ושב/ה לארץ יחד עמך? אם לא, נא לציין מדוע.</p> |
| <hr/> | | | |
| <p>e. Did your children cease their studies abroad? אין לי ילדים מתחת לגיל 18 I do not have children under 18</p> | <p>לא <input type="checkbox"/> No</p> | <p>כן <input type="checkbox"/> Yes</p> | <p>ה. האם ילדיך הפסיקו את לימודיהם בחו"ל? אם כן, נא לציין תאריך ההפסקה. אם לא, נא לציין מה הסיבה.</p> |
| <hr/> | | | |
| <p>f. Please specify which of the following actions you have taken abroad before returning:</p> <p>renouncing your foreign citizenship <input type="checkbox"/></p> <p>closing a bank account <input type="checkbox"/></p> <p>stopping insurance plans (life, health, property etc.) <input type="checkbox"/></p> | <p>ו. נא לציין אילו פעולות מהרשימה נעשו על ידיך בחו"ל טרם שובך:</p> <p>ויתור על האזרחות הזרה <input type="checkbox"/></p> <p>סגירת חשבון בנק <input type="checkbox"/></p> <p>הפסקת ביטוחים (ביטוח חיים, בריאות, רכוש וכד') <input type="checkbox"/></p> | | |
| <p>g. Please specify additional steps you have taken which indicate that your primary residence is no longer abroad:</p> | <p>ז. נא לציין פעולות נוספות שעשית שמצביעות על סיום מרכז חייך בחו"ל.</p> | | |
| <hr/> | | | |
| <hr/> | | | |

| 4. <u>Information Regarding Your Return to Israel</u> | 4. פרטים אודות החזרה לישראל |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <p>a. When did you return to Israel permanently? א. מתי חזרת לישראל באופן קבוע ?</p> <p>_____</p> | |
| <p>b. Did you return to Israel with the assistance of the a Ministry of Absorption, and/or Jewish Agency, etc.? ב. האם חזרת לארץ באמצעות משרד הקליטה ו/או הסוכנות היהודית וכו' ?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן No Yes </p> <p>If so, please specify the organization and attach confirmation: אם כן, נא לציין שם הגוף המסייע ולצרף אישור מתאים :</p> <p>_____</p> | |
| <p>c. Did you bring a lift with you? ג. האם הבאת עמך מטען?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן No Yes </p> <p>If so, please specify what it includes and attach confirmation. If no, please specify the reason. אם כן, לציין מה כולל המטען ולצרף אישור מתאים אם לא, נא לציין מה הסיבה לכך .</p> <p>_____</p> | |
| <p>d. Are your children up to age 18 enrolled in the Israeli school system? ד. האם ילדיך משולבים במערכת החינוך ?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן I do not have children under 18 No Yes </p> <p>If no, please specify the reason. אם לא, נא לציין מה הסיבה .</p> <p>_____</p> | |

| 5. <u>Work in Israel</u> | 5. עבודה בארץ | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> Since מתאריך d d m m y y y y </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> attach pay slips צרף אישורי שכר Name of employer שם המפעל/מעסיק </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> כשכיר salaried employee </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> האם אתה עובד/ת כיום בארץ ? Are you currently working in Israel ? </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> Since מתאריך </td> <td style="padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> הכנסה לחודש Income per month </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> ממוצע שעות לשבוע Average hours/week </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> מקצוע Profession </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> כעצמאי self- employed </td> </tr> </table> </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> לא No </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> כן Yes </td> </tr> </table> </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> לא No </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> כן Yes </td> </tr> </table> </td> </tr> </table> | Since מתאריך d d m m y y y y | attach pay slips צרף אישורי שכר Name of employer שם המפעל/מעסיק | כשכיר salaried employee | האם אתה עובד/ת כיום בארץ ? Are you currently working in Israel ? | Since מתאריך | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> הכנסה לחודש Income per month </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> ממוצע שעות לשבוע Average hours/week </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> מקצוע Profession </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> כעצמאי self- employed </td> </tr> </table> | הכנסה לחודש Income per month | ממוצע שעות לשבוע Average hours/week | מקצוע Profession | כעצמאי self- employed | <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> לא No </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> כן Yes </td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> לא No | <input type="checkbox"/> כן Yes | <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> לא No </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> כן Yes </td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> לא No | <input type="checkbox"/> כן Yes | <p>יש לך חוזה עבודה בארץ ? Do you have a work contract in Israel? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן No Yes</p> |
| Since מתאריך d d m m y y y y | attach pay slips צרף אישורי שכר Name of employer שם המפעל/מעסיק | כשכיר salaried employee | האם אתה עובד/ת כיום בארץ ? Are you currently working in Israel ? | | | | | | | | | | | | | | |
| Since מתאריך | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> הכנסה לחודש Income per month </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> ממוצע שעות לשבוע Average hours/week </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> מקצוע Profession </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> כעצמאי self- employed </td> </tr> </table> | הכנסה לחודש Income per month | ממוצע שעות לשבוע Average hours/week | מקצוע Profession | כעצמאי self- employed | <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> לא No </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> כן Yes </td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> לא No | <input type="checkbox"/> כן Yes | <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> לא No </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> כן Yes </td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> לא No | <input type="checkbox"/> כן Yes | | | | | | |
| הכנסה לחודש Income per month | ממוצע שעות לשבוע Average hours/week | מקצוע Profession | כעצמאי self- employed | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> לא No | <input type="checkbox"/> כן Yes | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> לא No | <input type="checkbox"/> כן Yes | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>For which time period ? לאיזו תקופה ?</p> | | <p>האם עמדת בקשר עם מעסיקים בארץ למציאת עבודה לפני שובך לארץ ? Were you in touch with potential employers in Israel prior to your return ?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן No Yes </p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Please specify source of income: נא לציין מקור מחייה :</p> | | <p>If not working, please specify since when: אם לא עובד /ת נא לציין ממתני :</p> | | | | | | | | | | | | | | | |

| 6. <u>Residence</u> | | 6. מגורים |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| אחר נא פרט : _____ <input type="checkbox"/> קיבוץ <input type="checkbox"/> חבר <input type="checkbox"/> אח/אחות <input type="checkbox"/> בן/בת <input type="checkbox"/> דירת הוריי <input type="checkbox"/> בדירתי | | נא לפרט היכן הנך מתגורר כיום: ⇐ Where are you living today? ⇐ |
| Other: _____ kibbutz friend sibling son/daughter parents' apartment my apartment | | |
| אם אינך גר/ בדירתך נא לציין האם בכוונתך לרכוש דירה כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> Please indicate if you plan to buy an apartment ⇐ Yes No | | |
| מתאריך Since d d m m y y y y | <input type="checkbox"/> ארנונה <input type="checkbox"/> טלפון <input type="checkbox"/> מים <input type="checkbox"/> חשמל Arnona Phone Water Electricity | האם הדירה בבעלותך ? Do you own the apartment? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> No Yes |
| מתאריך Since | <input type="checkbox"/> ארנונה <input type="checkbox"/> טלפון <input type="checkbox"/> מים <input type="checkbox"/> חשמל Arnona Phone Water Electricity | האם הדירה בשכירות ? Are you renting? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> No Yes |
| | | האם משלם/ת חשבון: חשמל <input type="checkbox"/> מים <input type="checkbox"/> טלפון <input type="checkbox"/> ארנונה <input type="checkbox"/> Do you pay bills? ⇐ |

7. Declaration : **7. הצהרה על מרכז חיים:**

I hereby declare that since the date I specified in section 4a of the questionnaire, I have returned to Israel on a permanent basis, that the center of my life is no longer abroad and that I have come to permanently settle in Israel.

הריני מצהיר/ה כי החל מהתאריך שצינתי בסעיף 4(א) בשאלון, חזרתי לחיות בישראל באופן קבוע, וכי סיימתי את מרכזי חיי בחו"ל והגעתי להתיישב בישראל דרך קבע.

8. Please specify any additional information that has not been addressed in this questionnaire which may help us determine that you have returned to Israel on a permanent basis: **8. נא לציין עובדות נוספות שאינן באות לידי ביטוי בשאלון זה, ושלדעתך יכולות לסייע לנו לקבוע כי חזרת לחיות בישראל דרך קבע:**

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Declaration

הצהרה

I hereby declare that the information I have given in this questionnaire are true and complete. I am aware that I must inform the National Insurance Institute of any change that may occur in the information I have given.
 For your information, according to Section 398 of the National Insurance Law, whoever gives a false statement regarding insurance payments or has hidden facts with relevant significance is breaking the law.

הריני מצהיר/ה שכל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ושלמים. אני מתחייב/ת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי שיחול בפרטים שמסרתי.
 לידיעתך, על פי סעיף 398 לחוק הביטוח לאומי, מי שמסר הצהרה כוזבת בקשר לדמי ביטוח או העלים עובדות שיש להן חשיבות לעניין זה עובר עבירה על החוק.

Signature חתימה

Name שם החותם

Date תאריך

| <u>For office use only</u> | | לשימוש המוסד | |
|--------------------------------------|----------------------------------|--------------|-------------------------------|
| החלטת הסניף | | | |
| מיום : | <input type="checkbox"/> לא תושב | מיום : | <input type="checkbox"/> תושב |
| נימוקים (חובה על הפקיד למלא): | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| _____ | _____ | _____ | |
| חתימה | שם החותם ותפקידו | תאריך | |