



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף שיקום

חותמת קבלה															
לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	<table border="1"><tr><td colspan="10">מס' זהות / דרכון</td></tr><tr><td colspan="2">סוג המסמך</td><td colspan="2">דפים</td></tr></table>	מס' זהות / דרכון										סוג המסמך		דפים	
מס' זהות / דרכון															
סוג המסמך		דפים													

הצהרה על אי קבלת תשלום מגורם מממן אחר

חשבונית מס/קבלה מספר: _____ מתאריך: _____

פירוט ההטבה שלגביה מבוקש ההחזר: _____

אני הח"מ מצהיר בזאת כי:

- לא קיבלתי עבור הוצאה זו תשלום/החזר כספי מכל גורם אחר, המקנה זכאות למטרה זו ואין בכוונתי לפנות לקבלת תשלום/החזר כספי, מלבד לאגף השיקום במוסד לביטוח לאומי.
- לא קיבלתי עבור הוצאה זו תשלום/ החזר כספי מכל גורם אחר, המקנה זכאות למטרה זו ואין בכוונתי לפנות לקבלת תשלום/ החזר כספי מכוח חוק ו/או זכאות אחרת מהמוסד לביטוח לאומי.
- ידוע לי כי במידה ואקבל תשלום/החזר כספי מגורם אחר, עבור אותה מטרה, יהיה עליי להחזיר את הסיוע במלואו או בחלקו לאגף.
- הנני מתחייב לשמור את חשבונית המס/הקבלה המקורית/העתק נאמן למקור (במקרה של אובדן המקור) לתקופה של 3 חודשים, וידוע לי כי בתוך תקופה זו יהיה רשאי אגף השיקום לדרוש את המצאת הקבלה המקורית/העתק נאמן למקור.
- במקרה של אובדן חשבונית מס/קבלה מקורית – החשבונית/הקבלה הינה "העתק נאמן למקור" כיוון שאין ברשותי את המקור מהסיבה _____
- היה ויתברר כי התמורה כולה או חלקה שולמה לי בעבר על ידי אגף השיקום, הנני מתחייב/ת להשיב את הסכום ששולם לאגף השיקום.

שם מלא: _____ מספר ת"ז: _____

חתימה: _____ תאריך: _____