



מס' זהות									
סוג		דפים		המסמך					

## בקשה לאיחוד תיקים

### הנחיות למילוי טופס הבקשה:

הטופס מיועד לשני הורים חד הוריים המקבלים קצבת ילדים בנפרד וההורים נישאו או נולד להם ילד משותף.  
הנך מתבקש/ת להקפיד על מילוי כל הפרטים הנדרשים.  
שטחים על רקע כהה מיועדים לשימוש המוסד ואין לכתוב בהם.

חותמת הסניף  
תאריך קבלה

מס' פניה

### א. פרטי הורה א':

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
----------	---------	---------------

### ב. פרטי הורה ב':

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
----------	---------	---------------

### ג. פרטי האיחוד:

תאריך הולדת ילד משותף

תאריך הנישואין

### ד. מקום תשלום:

חשבון הבנק צריך להיות ע"ש מקבל הקצבה ו חשבון בו שותף מקבל הקצבה.

שם הבנק	שם הסניף/כתובת	מספר הסניף	מספר החשבון
---------	----------------	------------	-------------

כאשר הבקשה לשלם לחשבון קיבוץ, יש לרשום שם הקיבוץ \_\_\_\_\_

### ה. כתובת מגורים:

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
מספר טלפון	מספר טלפון נייד				

### ו. הצהרה:

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.  
ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי למחלקת ילדים, על כל שינוי שיחול באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה ושיש בו כדי להשפיע על זכותי לגמלה תוך 30 יום ממועד השינוי.

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

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מגיש התביעה \_\_\_\_\_ חתימת התובע/ \_\_\_\_\_  
מקבל הגמלה או \_\_\_\_\_  
מגיש התביעה \_\_\_\_\_