

מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים										לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

הזכאים – דברי הסבר

👉 שכירים לפחות ב-3 החודשים האחרונים לפני שפוטרו או הוצאו לחל"ת

חובה לצרף לטופס זה

(621/בל) 24.6.2025

לידיעתך: גובה המענק יחושב לפי 75% משכר ב-3 מתוך 6 החודשים שקדמו למועד הפסקת העבודה

פרטי המבקש

1

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:

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

☐ פוטרתי ☐ הוצאתי לחל"ת מהמעסיק _____ תיק ניכויים _____ בתאריך _____

☐ פוטרתי ☐ הוצאתי לחל"ת מהמעסיק _____ תיק ניכויים _____ בתאריך _____

☐ התפטרתי מעבודתי בתאריך _____ סיבת התפטרותי _____

(אם סיבת התפטרותך נבעה ממצב רפואי אנא צרף מסמכים רפואיים)

☐ האם חזרת לעבודה? ☐ לא ☐ כן, בתאריך _____ שם המעסיק _____

☐ האם אתה עובד אצל מעסיק אחר? ☐ לא ☐ כן החל מ _____ שם המעסיק _____

פרטי חשבון הבנק

שמות בעלי החשבון			
סוג החשבון ☐ פרטי ☐ קיבוץ			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

הצהרה

אני מצהיר בזה, כי כל הפרטים בבקשה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

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

אני מסכים כי המוסד לביטוח לאומי יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך **אימות בעלותי בחשבון הבנק** כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד לביטוח לאומי את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. **לחילופין, ידוע לי כי המוסד לביטוח לאומי רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.**

ידוע לי, כי בהתאם לחוק הביטוח הלאומי, אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן גמלה לפי חוק זה, או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, עובר על החוק וצפוי לקנס כספי ומאסר. 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.

שם המבקש _____ חתימה * _____