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

חותמת קבלה	

### המוסד לביטוח לאומי קשרי חוץ לאמנות בינלאומיות National Insurance Institute The Division of International Affairs



# Application form for general disability pension

# תביעה לקצבת נכות כללית

(to be submitted to the National Insurance Institute in Israel)

(מוגשת למוסד לביטוח לאומי בישראל)

עמוד 1 מתוך 5

·						
Details on the clair	mant					פרטי התובע
שם האב Father's first name	Former name	שמות קודמים es	First n	שם פרטי ame	Family name	שם משפחה
Place of birth	ארץ לידה		:h         IIT   Inth	תאריך לידה     שנה / Year	Israeli ID number	מספר זהות ס"ב
Family status	מצב משפחתי	Sex male female	<u> </u>	מין זכר נקבה	Immigration date to Israel / יום חדש/ יום Day Month	תאריך עליה       שנה / Year
Emigration date           חודש/ יום /   Day Month	תאריך עזיבה 	Residential a	ddress i	in Israel	וראל	כתובת מגורים ביש
Cellphone number ד קבלת הודעות SMS ב I authorize SMS r	אני מאשר	Mail address			רוני  אני מאשר קבלת מכת  letters through the interr	כתובת דואר אלקט  net
אחרונים last practiced profession/occupation	תעסוקה/מקצוע	Last address	prior to	immigration	ונה לפני עלייתך לארץ to Israel	כתובת מגורים אחרו
Citizenship						אזרחות

Details on the spouse			פרטי בן/בת הזוג
Date of birth	תאריך לידה	Name of spouse	שם בן/בת הזוג
Occupation	תעסוקה	Israeli ID number	מספר זהות ס"ב
Cellphone number קוד המדינה without international country code 		Telephone number without international country code	טלפון קווי ללא קוד המדינה
Mail address		נ דואר אלקטרוני 	כתובח
דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל, SMS - SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל SMS - I refuse to receive messages cont (text messages - SMS, e-mail) instead	aining persona	ıl information through digital chanı	

Details of children younger than	פרטי הילדים עד גיל 18	
Date of birth תאריך לידה שנה / חודש/ יום / Day Month Year	מספר זהות Israeli ID-Number ס"ב 	Name of child שם הילד
Date of birth תאריך לידה שנה / חודש/ יום / Day Month Year	מספר זהות Israeli ID-Number ס"ב 	Name of child שם הילד
Date of birth תאריך לידה שנה / חודש/ יום / Day Month Year	מספר זהות Israeli ID-Number ס"ב 	Name of child שם הילד

פרטים על ההכנסות של התובע ושל בן/בת הזוג Data concerning the income of the claimant and that of the spouse							
Spouse	בן/בת זוג	Claimant	התובע				
_	·		 שנה / Year	תאריך הגשת התביעה Date of submitting the claim			
uges uno,			,כן 🔲 לא	ציין האם אתה עובד (בעת מילוי הטופס) ואם			
From		   חודש/ יום   Day Month	מתאריך       שנה / Year	כן, ממתי Please mention if you are working (at the time of filling in this form) and if so, from when			
				אם כן, נא לציין את ההכנסה החודשית מעבודתך (במטבע מקומי) If yes, please mention your monthly income from work (in local currency)			
☐ yes ☐ no, From			כן 🗖 לא, מתאריך	האם היקף עבודתך צומצם? אם כן, ציין ממתי Have your work hours been reduced? If yes, please indicate from when			
   חודש/ יום   Day Month	 שנה / Year		 שנה / Year				
   חודש/ יום   Day Month	 שנה / Year	   חודש/ יום   Day Month	 שנה / Year	אם משולמת לך קצבה, ציין ממתי If you receive a pension, please indicate from when			
				הכנסה חודשית מקצבאות (במטבע מקומי) Monthly income from pensions (in local currency)			
				אם קיימות הכנסה נוספות, נא לציין (במטבע מקומי) Please state all additional income (in local currency)			

חודש/

Month

יום / Day שנה /

Year

יום /

Day

חודש/

Month

שנה /

Year

#### פרטים על תקופת ביטוח בארץ ובחו"ל Data concerning insurance periods in Israel and abroad ציין את המדינה בה עבדת :נא לציין "תעסוקה: ציין - "שכיר", תקופה "עצמאי", "מחוסר עבודה" • לגבי **שכיר**: שם המעביד Time / Period וכדומה וכתובתו Please indicate in which • לגבי **עצמאי**: שם העסק country you worked Occupation (s): please וכתובתו indicate "salaried • **הכנסות אחרות:** ציין סוג עד תאריך מתאריך worker", "self-employed worker", "unemployed" ההכנסות From To Please indicate: • salaried worker: name and address of employer • self-employed worker: name and address of business: • other income: specify kind of income

Information about the claimant and his professional training in and abroad		ידע על ההשכלה של התובע והכשרתו המק ארץ ובחו"ל
Number of study years and name of	the <b>last</b> educational institution	ספר שנות לימוד, ושם המוסד החינוכי <b>האחרון</b>
Have you followed professional to	raining? 🗖 yes 📮 no,	אם עברת הכשרה מקצועית 🗖 כן 🔲 לא,
If yes, in what field?		ם כן, מה תחום ההכשרה?
Information regarding the disal	•	רטים על הנכות (נא לצרף מסמכים רפואיים! nt medical documents)
תאריך החמרת המצב הרפואי Date of deterioration of medical condition	יך תחילת הנכות Date of the onset of the disabili	•

עמוד 5 מתוך 5 Bank account details פרטי חשבון הבנק כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעביר לחשבוני שפרטיו רשומים מטה: Please transfer the monthly payments of this NII pension to the my account, according to the details specified below: Names of the account holder שמות בעל החשבון מס' חשבון מס' סניף Branch name and address שם סניף/כתובתו שם הבנק Name of bank Branch Account number number IBAN / BIC / Swift Code מספר זה"ב / BIC / מספר זה"ב

Declaration

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 פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני/ו מסכים/ים 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 יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

חתימת התובע ×	שם התובע	זאריר
ווול נוול ווולובע יי		.   173

I agree that the aforementioned bank if requested to do so, will return payments from my account to the NII in cases where payments were deposited entirely or partly by mistake, or not in accordance with the law, and that the bank will notify the NII of the details of the drawers.

I / We agree that the NII will contact the aforementioned bank, using computerized communication, to verify my ownership of the bank account as I declared above and that the aforementioned bank and / or whoever works on its behalf, shall give the NII the information it needs to verify the bank account details I have given above. Alternatively, I am aware that the NII may require additional documents and certificates to verify the details of the bank account I provided above and that I will have to supply these on demand.

In any case of discrepancy between the original Hebrew text of this form and the English translation provided, the Hebrew version will prevail.

Date	l	Name of	f signatory	·	Signature or	f signator	У