

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

המוסד לביטוח לאומי
קשרי חוץ לאמנות
בינלאומיות



Instituto Nacional
de Seguros
Departamento de
Asuntos Internacionales

Solicitud de pensión por discapacidad general

(para ser presentada ante el Instituto Nacional de Seguro en Israel)

תביעה לקצבת נכות כללית

(מוגשת למוסד לביטוח לאומי בישראל)

Datos del solicitante

פרטי התובע

1

שם משפחה	שם פרטי	שמות קודמים	שם האב
Apellido	Nombre	Nombres anteriores	Nombre del padre
מספר זהות	תאריך לידה	תאריך לידה	ארץ לידה
Documento de identidad israelí ס"ב	שנה חודש יום Año Mes Día	שנה חודש יום Año Mes Día	País de nacimiento
תאריך עליה	מין	מצב משפחתי	Estado civil
Fecha de inmigración a Israel	שנה חודש יום Año Mes Día	שנה חודש יום Año Mes Día	שנה חודש יום Año Mes Día
כתובת מגורים בישראל	Domicilio de residencia en Israel		
טלפון קווי ללא קוד המדינה	Teléfono fijo sin código de país		
טלפון נייד ללא קוד המדינה	Teléfono celular sin código de país		
כתובת דואר אלקטרוני	Dirección de correo electrónico		
אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל ☐ Me niego a recibir mensajes que contengan información personal a través de canales digitales (mensajes de texto SMS, correo electrónico) en lugar de por correo postal			
כתובת מגורים אחרונה לפני עלייתך לארץ	Último domicilio antes de inmigrar a Israel		
תעסוקה / מקצוע אחרונים	Último empleo / profesión		
אזרחות	Ciudadanía		

פרטי בן/בת הזוג

2

Me **niego** a recibir mensajes que contengan información personal a través de canales digitales (mensajes de texto - SMS, correo electrónico) en lugar de por correo postal

3

פרטי הילדים עד גיל 18

תאריך לידה ספר זהות שם הילד שם הילד	תאריך לידה ספר זהות שם הילד שם הילד	תאריך לידה ספר זהות שם הילד שם הילד
תאריך לידה ספר זהות שם הילד שם הילד	תאריך לידה ספר זהות שם הילד שם הילד	תאריך לידה ספר זהות שם הילד שם הילד
תאריך לידה ספר זהות שם הילד שם הילד	תאריך לידה ספר זהות שם הילד שם הילד	תאריך לידה ספר זהות שם הילד שם הילד

פרטים על ההכנסות של התובע ושל בן/בת הזוג **Datos de ingresos del solicitante y su cónyuge o pareja**

תאריך הגשת התביעה Fecha de presentación del reclamo	התובע Solicitante	בן/בת זוג Cónyuge / de pareja
שנה חודש יום Año Mes Día		—
ציין האם אתה עובד (בעת מילוי הטופס) ואם כן, ממתי Indique si trabaja (al momento de completar el formulario) y en caso afirmativo, desde cuando.	לא ☐ No כן, מתאריך ☐ Si, fecha שנה חודש יום Año Mes Día	לא ☐ No כן, מתאריך ☐ Si, fecha שנה חודש יום Año Mes Día
אם כן, נא לציין את ההכנסה החודשית מעבודתך (במטבע מקומי) En caso fue des mencione su ingreso mensual del trabajo (en moneda local).		
האם היקף עבודתך צומצם? אם כן, ציין ממתי Le redujeron sus horas de trabajo? En caso que si, desde cuándo? שנה חודש יום Año Mes Día	לא ☐ No כן, מתאריך ☐ Si, fecha שנה חודש יום Año Mes Día	לא ☐ No כן, מתאריך ☐ Si, fecha שנה חודש יום Año Mes Día
אם משולמת לך קצבה, ציין ממתי. Si recibe una pensión, indique desde cuando.		
הכנסה חודשית מקצבאות (במטבע מקומי). Ingreso mensual por pensiones (en moneda local).		
אם קיימות הכנסה נוספות, נא לציין (במטבע מקומי). Señale ingresos adicionales (en moneda local).		

5

פרטים על תקופת ביטוח בארץ ובחו"ל

Datos concernientes a períodos de seguro en Israel y exterior

ציין את המדינה בה עבדת. Indique en qué país trabajó.	נא לציין: • לגבי שכיר: שם המעביד וכתובתו • לגבי עצמאי: שם העסק וכתובתו • הכנסות אחרות: ציין סוג ההכנסות Por favor indique: • Trabajador Asalariado : nombre y domicilio del empleador • Trabajador Independiente : nombre y domicilio del negocio; • Otros ingresos : señale tipo de ingreso	תעסוקה: ציין - "שכיר", "עצמאי", "מחוסר עבודה" וכדומה Ocupación (s): indique "trabajador asalariado", "trabajador indepen- diente", "desempleado" etc.	תקופה Tiempo / Período	
			עד תאריך Hasta fecha	מתאריך Desde fecha

6

מידע על ההשכלה של התובע והכשרתו המקצועית בארץ ובחו"ל

Información acerca de la educación del solicitante y capacitación profesional en Israel y en el exterior

מספר שנות לימוד ושם המוסד החינוכי האחרון	
Cantidad de años y nombre de la última institución donde estudió	
האם עברת הכשרה מקצועית?	Cursó perfeccionamiento profesional?
לא ☐ כן ☐	No ☐ Si ☐
אם כן, מה תחום ההכשרה?	En caso positivo, en qué área? _____

7

פרטים על הנכות (נא לצרף מסמכים רפואיים מתאימים)

Datos de discapacidad (favor incluir documentos médicos)

תאריך החמרת המצב הרפואי Fecha de deterioro de su condición médica	תאריך תחילת הנכות Fecha de inicio de la discapacidad	הגורם הרפואי לנכות Causa médica de su discapacidad
שנה חודש יום Año Mes Día	שנה חודש יום Año Mes Día	

8

פרטי חשבון הבנק

Datos de la cuenta bancaria

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעביר לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:
 Todo pago que reciba del Seguro Social por este beneficio solicito se deposite en esta cuenta

שמות בעל החשבון		Nombres del titular de la cuenta	
שם הבנק	שם סניף/כתובת	מס' סניף	מס' חשבון
Nombre del Banco	Nombre de la sucursal y dirección	Número de sucursal	Cuenta número
מספר זה"ב / BIC / קוד הסוויפט		IBAN / BIC / código Swift	

הצהרה

Declaración

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/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.

תאריך _____ שם התובע _____ חתימת התובע * _____

Acepto que el banco antes mencionado, devuelva los pagos de mi cuenta al Instituto Nacional de Seguros en caso que los pagos se depositaran total o parcialmente por error, o no de acuerdo con la ley, y que el banco notifique al Instituto Nacional de Seguros de los datos de quien extrae los pagos.

Acepto/Aceptamos que el Instituto Nacional de Seguros se comunique con el banco antes mencionado, mediante comunicación electrónica para **verificar mi titularidad de la cuenta bancaria** como declaré anteriormente y que el banco antes mencionado y/o quien trabaje en su nombre, le proporcione al Instituto Nacional de Seguros la información que necesita verificar los datos de la cuenta bancaria que he proporcionado anteriormente.

Alternativamente, sé que el Instituto Nacional de Seguros puede requerir documentos y certificados adicionales para verificar los detalles de la cuenta bancaria que proporcioné anteriormente y que tendré que entregarlos cuando se los solicite.

Fecha _____ Nombre del firmante _____ Firma * _____