



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
שיקום  
مؤسسة التأمين الوطني  
إدارة المخصصات  
التأهيل

חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג		דפים		המסמך					

תביעה למקדמת שיקום

1

פרטי התובע  
تفاصيل مقدم الطلب

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية	ס"ב
תאריך לידה تاريخ الميلاد	מין الجنس	מצב משפחתי الحالة الاجتماعية	מספר ילדים עד גיל 18 عدد الأولاد دون سن 18
שנה سنة	חודש شهر	רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> أعزب/عزباء <input type="checkbox"/> أرمل/ة <input type="checkbox"/> متزوج/ة	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
יום يوم	שנה سنة	גרופשה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור <input type="checkbox"/> مطلق/ة <input type="checkbox"/> معروفة/ة لدى الجمهور	

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)  
العنوان (كما هو مسجل في وزارة الداخلية)

מיקוד رقم المنطقة	יישוב البلدة	דירה الشقة	כניסה المدخل	מס' בית رقم المنزل	רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد
דואר אלקטרוני: بريد الكتروني	טלפון קווי رقم الهاتف		טלפון נייד الهاتف الخليوي		
@					

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

أرفض استلام الرسائل التي تتضمن معلومات شخصية في القنوات الرقمية (رسائل نصية (SMS), بريد إلكتروني), بدلاً من البريد العادي. لعلمك، إذا لم تشر "أنا أرفض"، فسيتم إرسال إشعارات بشأن مسائل التأمين الوطني عبر القنوات الرقمية، وفقاً للمعلومات التي قدمتها.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)  
العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن العنوان اعلاه)

מיקוד رقم المنطقة	יישוב البلدة	דירה الشقة	כניסה المدخل	מס' בית رقم المنزل	רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد

האם כתובת בן/בת הזוג זהה לכתובתך?  כן  לא  
هل عنوان زوجك/زوجتك مطابق لعنوانك؟  نعم  كلا

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד  
כתבת هذه الإستمارة بصيغة المذكر لكنها موجهة للنساء والرجال على حد سواء

אם המבוטח מיוצג ע"י עו"ד או חברה, או אם אינו יכול להגיש תביעה עקב מצבו הבריאותי, על מגיש התביעה למלא את הפרטים הבאים  
 إذا كان المؤمن عليه ممثلاً من قبل محام أو شركة، أو إذا لم يتمكن من تقديم الطلب بسبب وضعه الصحي، يجب على مقدم الطلب ملء البيانات التالية

### פרטי מגיש התביעה

תفاصيل مقدم الطلب

<p>מספר זהות رقم بطاقة الهوية</p> <p>_____</p>	<p>שם פרטי الاسم الشخصي</p> <p>_____</p>	<p>שם משפחה اسم العائلة</p> <p>_____</p>	<p>יחס קרבה לתובע علاقة القرابة مع مقدم الطلب</p> <p><input type="checkbox"/> קרוב משפחה <input type="checkbox"/> אפטרופוס  <input type="checkbox"/> קרוב עائلة <input type="checkbox"/> وصي  <input type="checkbox"/> עו"ד <input type="checkbox"/> חברה מייצגת  <input type="checkbox"/> מחامي <input type="checkbox"/> شركة ممثلة  <input type="checkbox"/> רו"ח <input type="checkbox"/> אחר: _____  <input type="checkbox"/> محاسب <input type="checkbox"/> آخر</p>
<p>דואר אלקטרוני البريد الالكتروني</p> <p>_____@_____</p>	<p>טלפון להתקשרות هاتف للاتصال</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> ייפוי כוח <input type="checkbox"/> צו אפטרופוסות  <input type="checkbox"/> وكالة <input type="checkbox"/> أمر وصاية  <input type="checkbox"/> פסק דין <input type="checkbox"/> אחר: _____  <input type="checkbox"/> حكم <input type="checkbox"/> آخر</p> <p>אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין איזה וצרף העתק          إذا كان بحوزتك أحد المستندات المذكورة أعلاه، فاذكر أيهما وأرفق نسخة</p>	
<p>תאריך חתימה * _____ التاريخ توقيع</p>			

### אישור מקדמה

موافقة على الدفعة المسبقة

הריני מבקש לאשר לי מקדמה בסך \_\_\_\_\_ ש"ח למטרת \_\_\_\_\_  
 أطلب بهذا أن توافقوا على الدفعة المسبقة بقيمة \_\_\_\_\_ لغرض \_\_\_\_\_

הסכום הכולל הנדרש למטרה זו \_\_\_\_\_ ש"ח. – נא לצרף מסמכים (רישיונות, הצעת חוזה, אישור בניה, הצעות מחיר וכו', בהתאם למטרה).  
 المبلغ الشامل المطلوب لهذا الغرض هو \_\_\_\_\_ ش.ج. – الرجاء ارفاق مستندات (رخص, العقد المقترح, موافقة بناء, اسعار مقترحة وما شابه وفقاً للغرض).

מקורות מימון נוספים: 1. \_\_\_\_\_ הסכום \_\_\_\_\_ ש"ח  
 مصادر تمويل أخرى: \_\_\_\_\_ المبلغ \_\_\_\_\_ ش.ج.

2. \_\_\_\_\_ הסכום \_\_\_\_\_ ש"ח  
 \_\_\_\_\_ المبلغ \_\_\_\_\_ ش.ج.

3. \_\_\_\_\_ הסכום \_\_\_\_\_ ש"ח  
 \_\_\_\_\_ المبلغ \_\_\_\_\_ ش.ج.

## הכנסות

## الدخل

(יש לצרף אישורים ותלושי שכר עדכניים)  
(يجب ارفاق الاثباتات وكشوفات الأجر)

הכנסות الدخل	התובע مقدم/ة الطلب (שם ברוטו בחודש) (ش.ج المعاش الكلي شهريا)	בן/בת הזוג زوج/ة مقدم الطلب (שם ברוטו בחודש) (ش.ج المعاش الكلي شهريا)
עבודה שכירה אצל أعمل كأجير لدى		
עבודה עצמאית ב- أعمل كمستقلًا في -		
הכנסה מכל מקור אחר دخل من أي مصدر آخر		

לצורך בדיקת זכאותך לקצבה, ייתכן שנפנה באופן יזום למעסיקיך, לרבות כאלו שהיו לך או שיהיו לך בעתיד, כדי לקבל את נתוני הכנסותיך באופן דיגיטלי (ממוחשב) אם אינך מסכים, ציין זאת:  אני התובע מסרב  אני בן זוג התובע מסרב (נשוי/ידוע בציבור) לכך שתפנו לקבל את נתוני ההכנסות באופן דיגיטלי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

لغرض فحص استحقاقك لمخصصات، قد نتوجه بمبادرتنا الى أصحاب عملك، بما في ذلك أولئك الحاليين أو المستقبليين، لتلقي بيانات دخلك رقميًا (محوسب) إذا كنت لا توافق، فصل ذلك:  أنا مقدم الطلب أرفض  أنا زوج مقدم الطلب الرفض (متزوج/معروف علنًا) أن تتوجهوا بطلب للحصول على بيانات الدخل رقميًا. أعلم أنه نظرًا لرفضى، سيتعين على تقديم شهادات وقسائم راتب بنفسى إلى التأمين الوطنى لغرض فحص استحقاقى.

ידוע לי כי כל פעולה או התחייבות שתיעשה על ידי בעניין הבקשה בטרם אישורה, הינה על אחריותי בלבד. ידוע לי כי אם תאושר בקשתי, עלי להשתמש בכספים שאקבל, אך ורק למטרה שפורטה.

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 הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

أعلم بأنه أي عمل أو التزام قد أقوم به بموجب هذا الطلب وقبل الموافقة عليه, يكون على مسؤوليتي فقط. أعلم بأنه إذا تمت الموافقة على طلبي فيجب علي استخدام هذه الأموال لصالح الغرض المفصّل في هذا الطلب.

أنا الموقع أدناه أصرّح بهذا أنّ جميع التفاصيل التي قدّمت ضمن هذا الطلب وملاحقه صحيحة وكاملة.

أعلم أنّ تزويد تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات تعتبر مخالفة للقانون, وأنّ الشخص الذي يقوم, بالعلم أو الاحتيال, للمصادقة على دفع المخصّصات وفق هذا القانون, أو زيادتها عن طريق إخفاء تفاصيل ذات أهمية, سيعاقب بدفع غرامة أو بالسجن.

أعلم أنّ أيّ تغيير في أحد تفاصيل هذا الطلب أو ملاحقه قد يؤثّر على استحقاقي للمخصّصات أو على تراكم دين, لهذا ألتزم بالتبليغ عن أي تغيير خلال 30 يوم.

חתימת מקבל הגמלה\*  
תوقيع متلقي المخصّصات

תאריך  
تاريخ

**לשימוש המוסד**

אחוזי נכות צמיתה \_\_\_\_\_ תאריך הפגיעה \_\_\_\_\_

**ענף מזכה:**  נפגעי עבודה  נכות כללית  שארים ותלויים

תיאור הפגיעה \_\_\_\_\_

תשלומים קודמים שקיבל ממחלקת השיקום: היוון, מקדמה, מענק מיוחד:

תאריך	סוג תשלומים	סכום ב - ₪	מטרה	יתרת חוב

קצבתו החודשית האחרונה הידועה לי \_\_\_\_\_ ₪ מתאריך \_\_\_\_\_

קצבה מיוחדת: \_\_\_\_\_ ₪ קצבת ניידות: \_\_\_\_\_ ₪ קצבאות אחרות \_\_\_\_\_ ₪

מטרת הבקשה (יש לצרף דו"ח ומסמכים נלווים במידת הצורך)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

רצ"ב המסמכים הבאים:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

מומלץ לאשר מקדמה בסכום של: \_\_\_\_\_ ₪ בהחזר של \_\_\_\_\_ ₪ ל \_\_\_\_\_ חודשים.

הנמקה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

תאריך	חתימה	_____ *	_____ *	_____ *
	תואר התפקיד			

החלטת המשרד הראשי

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \* \_\_\_\_\_