



תביעה להבטחת הכנסה

תנאי זכאות ראשוני לגמלה להבטחת הכנסה

תושב ישראל שגילו - 20 שנה ומעלה למעט מקרים חריגים.

כמה דברים שכדאי לך לדעת:

- זכאותך לגמלה תיבחן ממועד מסירת הטופס. לכן, הגש את הטופס ללא דיחוי, גם אם חסרים לך חלק מהמסמכים שיש לצרף. יתכן שתידרש להמציא מסמכים נוספים.
- אם אתה נשוי, או אם אתה גר עם בן או בת זוג – זכאותכם מותנית בכך ששניכם עומדים בתנאים הנדרשים.

מי אינו זכאי לקבל גמלה להבטחת הכנסה?

- אדם הנמצא במוסד, וכל החזקתו על חשבון אוצר המדינה, כולל בית סוהר (בן או בת הזוג של אדם זה יכול לבדוק זכאות בנפרד!).
- אדם המשרת שירות חובה בצה"ל וכן חבר קיבוץ או מושב שיתופי ובני זוגם.
- תלמיד בישיבה או במוסד תורני או במוסד לימודים על תיכוני או במוסד להשכלה גבוהה.
- בתנאים מסוימים לימודים של הורה יחיד לא ישללו זכאות לגמלה.
- אדם שברשותו (כולל ברשות בן זוגו או ילדו), רכב או אופנוע ששווי מעל 41,373 ₪, למעט מקרים חריגים הקשורים במצב רפואי.
- אדם שברשותו (כולל ברשות בן זוגו או ילדו), יותר מרכב אחד.

מי צריך להתייצב בשירות התעסוקה כתנאי לזכאות

- אם אתה או בת זוגך אינכם עובדים, או אם אתם עובדים במשרה חלקית כלומר פחות מ-36 שעות בשבוע, עליכם לפנות ללשכת התעסוקה במקום מגוריכם כדי לקבל כל עבודה המתאימה למצב בריאותכם.

אם חלים עליך התנאים האלה, אינך צריך לפנות לשירות התעסוקה:

- אם או אב, שהוא הורה יחיד שיש עמו/ה ילד שטרם מלאו לו שנתיים.
- אישה בהריון מהשבוע ה-13.
- מי שחולה לפחות 30 ימים רצופים והמחלה טרם הסתיימה.
- הורה המקבל קצבת ילד נכה בעד ילדו או מי שאחד מבני משפחתו (בן זוג, בן, בת, הורה), חולה וזקוק להשגחה רוב שעות היממה והוא גר עם החולה באותה דירה 45 ימים רצופים לפחות לפני שהגיש את התביעה.
- מי שנמצא בתוכנית שיקום תעסוקתי בפיקוח משרד ממשלתי.
- אסיר משוחרר לאחר תקופת מאסר 6 חודשים רצופים, אם עדיין לא חלפו חודשיים ממועד שחרורו, אסיר בעבודות שירות, מי שנמצא במעצר בית בשעות היום, או מי שמשגיח על בן משפחה הנמצא במעצר בית.
- מכור לסמים או לאלכוהול, מי שנמצא בתוכנית גמילה או בתכנית שיקום.
- לומד באולפן מטעם משרד הקליטה, חמישה ימים בשבוע בשעות הבוקר.
- מי שמטופל במחלקה לדרי רחוב ברשות המקומית.
- אישה במקלט לנפגעות אלימות השוהה בו יותר מ-30 ימים רצופים.
- עובד במשרה מלאה (בהיקף של 36 שעות שבועיות ומעלה), או עובד במפעל מוגן
- עובד במשק בית או בטיפול בילדים בהיקף של 25 שעות שבועיות ומעלה
- עובד בטיפול בקשישים בהיקף של 15 שעות שבועיות ומעלה או המטפל בשלושה קשישים לפחות.
- עובד עצמאי הרשום במחלקת הביטוח ו/או בעל עסק חדש אשר לא עברה שנה מפתיחת העסק ומקבל ליווי עסקי.

שים לב! לפני הגשת התביעה לסניף – אנא ודא כי:

- מילאת את כל הפרטים, חתמת בכל המקומות, פירטת את הסיבה להגשת התביעה (אתה ובן או בת זוגך).
- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
- למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
- למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
- לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט.

www.btl.gov.il

טופס זה מנוסח בלשון זכר, אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
הבטחת הכנסה

תביעה לגמלה להבטחת הכנסה

חותמת קבלה		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים	01	

1

פרטי התובע

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות

ס"ב

כתובת מגורים

רחוב / תא דואר

מס' בית

קומה

דירה

יישוב

מיקוד

טלפון קווי

טלפון נייד של התובע

טלפון נייד של בן/בת זוג

דואר אלקטרוני תובע: _____@_____ ☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.

דואר אלקטרוני בן/בת זוג: _____@_____ ☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר

שם פרטי איש קשר

מס' זהות איש קשר

ס"ב

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

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר

מס' בית

קומה

דירה

יישוב

מיקוד

אני מתגורר בדירה ש:

☐ בבעלותי ☐ בהשכרה ☐ אצל ההורים ☐ במקום אחר, פרט: _____

2

מצב משפחתי

מצב משפחתי נוכחי – גם אם טרם שונה במשרד הפנים:

☐ נשוי/ה

☐ גרוש/ה

☐ אלמן/נה

☐ פרוד/ה מתאריך _____

יש למלא שאלון נפרדות

☐ רווק/ה

☐ ידוע/ה בציבור, מתאריך _____

ת.ז. _____

ת.ז. _____

מתאריך _____

שם _____

ת.ז. _____

מתאריך _____

האם אתה מתגורר עם חברה/ לחיים או עם בן/בת זוג ☐ לא ☐ כן, שם _____

3

פרטי ילדים עד גיל 24

נא סמן את מקום הימצאותו של הילד					ת"ז	שם הילד
אחר	שירות לאומי או התנדבות או עתודה או קד"צ	אומנה או פנימייה	צבא	מתגורר איתי		
☐	☐	☐	☐	☐		
☐	☐	☐	☐	☐		
☐	☐	☐	☐	☐		
☐	☐	☐	☐	☐		

• אם ישנם ילדים נוספים נא ציין את פרטיהם בדף נוסף.

4

פרטים על לימודים

בן/בת זוג		תובע
האם אתה לומד במוסד לימודים? ☐ כן ☐ לא	האם אתה לומד במוסד לימודים? ☐ כן ☐ לא	האם אתה לומד במוסד לימודים? ☐ כן ☐ לא
האם אתה לומד בשיבה? ☐ כן ☐ לא	האם אתה לומד בשיבה? ☐ כן ☐ לא	האם אתה לומד בשיבה? ☐ כן ☐ לא

יש לצרף אישור ממוסד הלימודים, כולל תאריך תחילת הלימודים וסיימם, ימי לימוד, מספר השעות וסוג התעודה

5

פרטי רכב. אופנוע. טרקטור. טרקטורו. משאית

ילדים עד גיל 24	בן/בת זוג	תובע	
☐ לא ☐ כן, מספר הרכב _____	☐ לא ☐ כן, מספר הרכב _____	☐ לא ☐ כן, מספר הרכב _____	האם יש רכב בבעלותך? האם יש רכב או אופנוע בשימושך הקבוע ואינו בבעלותך?
☐ לא ☐ כן, מספר הרכב _____	☐ לא ☐ כן, מספר הרכב _____	☐ לא ☐ כן, מספר הרכב _____	

לידיעתך: החוק מאפשר התחשבות בשימוש ברכב לצרכים רפואיים לתקופה ממושכת.

על מנת שהרכב לא יחושב בבדיקת זכאותך לגמלת הבטחת הכנסה, נא לציין:
האם הרכב שבבעלותך או בשימושך נדרש לצרכים רפואיים או לצרכי ניידות שלך או של בני משפחתך (בן/בת זוג, ילד, הורה בלבד)?
☐ לא ☐ כן, נא צרף אישורים רפואיים
בעל רכב: אם אתה חולה לפחות 30 ימים רצופים, אתה רשאי להפקיד את הרישיונות במשרד הרישוי לתקופת המחלה. יש לצרף אישור מקורי ממשרד הרישוי.

6

הסיבה להגשת התביעה

א. מדוע אתה מגיש את התביעה?

ב. כיצד התקיימת בשנה האחרונה? (מה היו מקורות ההכנסה שלך ושל בן/בת זוגך? כיצד שולמו ההוצאות הבסיסיות שלך, כגון מיסים והוצאות הבית?)

ג. האם יש לך קשר עם עובד סוציאלי? ☐ לא ☐ כן, נא ציין: את שם העובד הסוציאלי: _____
מספר טלפון של העובד הסוציאלי: _____ שם הלשכה: _____

תעסוקה

7

תעסוקת התובע	תעסוקת בן/בת הזוג
האם אתה עובד היום? ☐ כן, שם המעסיק _____ מועד תחילת העבודה _____ היקף משרה(שעות שבועיות): _____ שכר ברוטו _____ ₪ ☐ לא, מדוע? _____	האם אתה עובד היום? ☐ כן, שם המעסיק _____ מועד תחילת העבודה _____ היקף משרה(שעות שבועיות): _____ שכר ברוטו _____ ₪ ☐ לא, מדוע? _____
☐ האם עבדת בשנה האחרונה? - ☐ כן, שם המעסיק _____ תאריך הפסקת העבודה _____ ☐ לא	☐ האם עבדת בשנה האחרונה? ☐ כן, שם המעסיק _____ תאריך הפסקת העבודה _____ ☐ לא
האם שולמו לך פיצויים? ☐ כן, סכום הפיצויים _____ ₪ ☐ לא	האם שולמו לך פיצויים? ☐ כן, סכום הפיצויים _____ ₪ ☐ לא
אם אתה עובד, נא צרף טופס אישור מעסיק "העסקת עובד" (אם אתה עובד אצל כמה מעסיקים, נא צרף טופס מכל מעסיק בנפרד). יש לצרף 3 תלושי שכר אחרונים.	

8

פירוט הכנסות ונכסים חוץ מהכנסות מהמוסד לביטוח לאומי או הכנסות מעבודה

מקור הכנסה/נכס	לתובע	לבן/בת הזוג
פנסיה או רנטה בארץ או בחו"ל	☐ לא ☐ כן, סכום: _____	☐ לא ☐ כן, סכום: _____
תגמולים ממשרדי ממשלה:	☐ לא ☐ כן, סכום: _____	☐ לא ☐ כן, סכום: _____
הביטחון. האוצר. הקליטה. הסוכנות	☐ לא ☐ כן, סכום: _____	☐ לא ☐ כן, סכום: _____
דמי שכירות מנכס	☐ לא ☐ כן, סכום: _____	☐ לא ☐ כן, סכום: _____
מזונות	☐ לא ☐ כן, סכום: _____	☐ לא ☐ כן, סכום: _____
תמיכה כלכלית קבועה	☐ לא ☐ כן, סכום: _____	☐ לא ☐ כן, סכום: _____
אחר: _____	☐ לא ☐ כן, סכום: _____	☐ לא ☐ כן, סכום: _____
האם אתה משלם מזונות? ☐ לא ☐ כן, יש לצרף פסק דין לתשלום מזונות והוכחות לתשלום. נא לצרף אישורים המעידים על הכנסותיך (לדוגמה: הכנסה מפנסיה – תלוש פנסיה).		

פירוט נכסים

שים לב - אם קיימים כמה נכסים, יש לציין את כולם - חובה לציין כן/לא

פרטי נכסים: מחסן, דירה, יחידת דיור, מבנה, חנות, קרקע, מגרש, משק חקלאי, עסק	תובע	בן/בת זוג
האם בבעלותך נכס/ים בארץ או בחו"ל כולל דירת מגורים	☐ לא ☐ כן, סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____ גוש וחלקה _____	☐ לא ☐ כן, סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____ גוש וחלקה _____
האם הנכס/ים, יחידות הדיור, שבבעלותך מושכרים או משמשים אדם אחר (גם אם לא נתתם חוזה שכירות)	☐ לא ☐ כן, יש לצרף חוזה שכירות	☐ לא ☐ כן, יש לצרף חוזה שכירות
האם בנכס שלך נבנו דירות נוספות מעל/מתחת/בסמוך המשמשות בן משפחה או אדם אחר?	☐ לא ☐ כן, באיזו שנה נבנתה הדירה? _____ מי מתגורר בדירה? _____	☐ לא ☐ כן, באיזו שנה נבנתה הדירה? _____ מי מתגורר בדירה? _____
יש למלא סעיף זה אם אחד מההורים אינו בחיים	שם האב _____ ת.ז. _____ שם האם _____ ת.ז. _____ כתובת הדירה בה התגוררו _____	שם האב _____ ת.ז. _____ שם האם _____ ת.ז. _____ כתובת הדירה בה התגוררו _____
האם אתה או ילדך קיבלתם נכס/ים בירושה או מתנה, שלא רשומים על שמך או על שם ילדיך?	☐ לא ☐ כן, סוג הנכס _____ ממי קבלת את הנכס? _____ יש לצרף צוואה וצו קיום צוואה או צו ירושה, כולל הצהרה מה ירשת	☐ לא ☐ כן, סוג הנכס _____ ממי קבלת את הנכס? _____ יש לצרף צוואה וצו קיום צוואה או צו ירושה, כולל הצהרה מה ירשת
האם הסתלקת מירושה?	☐ לא ☐ כן, סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____ יש לצרף צוואה וצו קיום צוואה או צו ירושה, צו הסתלקות מירושה כולל הצהרה מה ירשת	☐ לא ☐ כן, סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____ יש לצרף צוואה וצו קיום צוואה או צו ירושה, צו הסתלקות כולל הצהרה מה ירשת
האם מכרת או נתת במתנה נכס/ים. ללא תמורה בחמש השנים האחרונות?	☐ לא ☐ כן, סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____ יש לצרף חוזה מכירה או העברה של הנכס	☐ לא ☐ כן, סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____ יש לצרף חוזה מכירה או העברה של הנכס

גמלה להבטחת הכנסה - נא למלא שם פרטי ומשפחה _____ מספר תעודת זהות _____

פרטי חשבון הבנק של התובע

10

להלן פרטי החשבון שיש להפקיד בו את תשלומי הגמלה, אם תאושר זכאותך.

שמות בעלי החשבון (כולל שותפים)

שם הבנק	שם הסניף וכתובתו	מס' סניף	מספר חשבון	חשבון מוגבל
☐ לא	☐ כן			

הצהרת חשבוניות בנק

11

האם קיימים על שמך, או על שם בן/בת הזוג, או על שם הילדים שבאחזקתך **חשבוניות נוספים**, שלא מופיעים בטבלה לעיל מסוג: עו"ש פיקדונות שקליים, מט"ח, ניירות ערך, חסכונות, קרן השתלמות או כל השקעה אחרת.

☐ לא, אין חשבוניות נוספים

☐ כן, נא פרט בטבלה

שם בעל החשבון	מספר חשבון	בבנק/ בית השקעות

נא לצרף להצהרתך אישור או תדפיס ריכוז יתרות ותדפיס עו"ש מהבנק, עבור שלושת החודשים האחרונים מכל החשבוניות הפעילים והמוגבלים.

אני החתום מטה, מצהיר כי על שמי או על שם בן/בת זוגי או על שמם של ילדי, לא קיימים חשבוניות בנק נוספים מעבר למפורט. כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על פתיחת חשבוניות בנק נוספים על שמי או על שם בן/בת זוג או על שם הילדים.

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.**

שם התובע _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה ☒

שם בן/בת הזוג _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה ☒

גמלה להבטחת הכנסה - נא למלא שם פרטי ומשפחה מספר תעודת זהות

הרשאה למסירת מידע לצורך קבלת הטבות

אני החתום מטה נותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי למסור עליי מידע לצורך קבלת הטבות נלוות למוסדות ולארגונים הבאים - אם אעמוד בתנאי הזכאות להטבה מהם:

חברת החשמל, קופת חולים, חברת בזק, רשות המים-תאגידי מים, עיריות/רשויות מקומיות, משרד הבינוי והשיכון, משרד התחבורה, משרד הקליטה, הרשות לניצול שואה.

☐ אני מאשר העברת המידע לכל נותני ההטבות

☐ אני מאשר העברת המידע לנותני ההטבות המוזכרים מעלה, למעט: _____ (אנא

פרט למי אינך מסכים שנעביר מידע לצורך מתן הטבה)

☐ אני מתנגד להעברת המידע לכל נותני ההטבות

ידוע לי, כי אי הסכמה להעברת מידע לגורם מסוים, עלולה לפגוע באפשרותי לקבל ממנו את ההטבה.

תאריך _____ חתימת התובע ✕ _____ חתימת בן הזוג ✕ _____ עמוד 6 מתוך 9

12

הצהרה

אני / אנו הח"מ התובע/ים גמלה להבטחת הכנסה מצהיר/ים בזה, כי כל הפרטים שמסרנו בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים.

ידוע לי/לנו, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה ע"פ חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים שהם בעלי חשיבות לעניין – דינו/דינה קנס כספי או מאסר.

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

כמו כן אני/אנו מתחייב/ים להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי, כגון מצב משפחתי, מקום מגורים, לימודים, עבודה, מקורות הכנסה ועל כל יציאה מהארץ.

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

תאריך _____ חתימת התובע ✕ _____ חתימת בן/בת הזוג ✕ _____

13

כתב ויתור סודיות והרשאה למסירת מידע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב

אני הח"מ נותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי או לכל אדם אחר הפועל מטעם המוסד לביטוח לאומי או בעבורו, לקבל או למסור לביטוח לאומי כל מידע שביקש על אודותי והמצוי ברשותכם, לרבות מידע על מצבי הרפואי, לרבות טיפולים בתחום הפסיכיאטרי, הסוציאלי, התפקודי או השיקומי בעבר ובהווה (כולל מידע בדבר סידור ילדי במסגרת חוץ ביתית) וכן כל מידע בדבר נכות רפואית או אחרת שנקבעה לי לפי חוק הביטוח הלאומי או לצורך ביצועו של החוק האמור, וכן מידע על גמלאות ועל תשלומים אחרים מהמוסד לביטוח לאומי שלהם אני זכאי או הייתי זכאי, וכל מידע או מסמך הדרושים להחלטת המוסד, או כל מוסד בנקאי או עובד של מוסד בנקאי, וכן פרטים על חשבונות הבנק שלי ושלנו, וזאת בקשר לתביעה לקבלת גמלה להבטחת הכנסה.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____

תאריך _____ חתימת בן/בת זוג ✕ _____

גמלה להבטחת הכנסה - נא למלא שם פרטי ומשפחה מספר תעודת זהות

אישור המעסיק על העסקת עובד



שירות התעסוקה הישראלי



המוסד לביטוח לאומי
הבאים, בהם יוגש האישור

יש להגיש את האישור לשני המשרדים: 1. לשירות התעסוקה 2. לביטוח לאומי, למעט רק בביטוח לאומי:

עובד בהיקף של 36 שעות שבועיות ומעלה.

עובד במשק בית או טיפול בילדים בהיקף של 25 שעות שבועיות ומעלה.

עובד בטיפול בקשישים בהיקף של 15 שעות שבועיות ומעלה או המטפל בשלושה קשישים לפחות.

פרטים על העובד

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
----------	---------	-----------

פרטים על עבודה והיקף משרה

הנ"ל מועסק אצלי על בסיס עובד חודשי/יומי. היקף משרה: ☐ מלאה ☐ חלקית ☐ % המשרה _____
 בימים: א, ב, ג, ד, ה, ו (הקף בעיגול) בשעות _____
 אם העובד מטפל בקשישים, יש לציין את מספר הקשישים שבהם אתה מטפל _____
 האם קיימת אפשרות להגדיל את היקף המשרה ☐ לא ☐ כן, ב- _____ שעות בחודש
 תאריך תחילת העבודה _____ מס' שעות עבודה בשבוע _____ סה"כ שעות עבודה בחודש _____

תשלומים

לשימוש המוסד לביטוח לאומי

פירוט השכר ברטו ל- 3 החודשים האחרונים (כולל נסיעות)

חודש _____	סך _____ ₪
חודש _____	סך _____ ₪
חודש _____	סך _____ ₪

באיזה אופן משולם השכר?
☐ לחשבון הבנק ☐ בהמחאה ☐ במזומן
 בסיס השכר:
☐ לפי שעה, הסכום לשעה _____ ₪
☐ לפי יום, הסכום ליום _____ ₪
☐ לפי חודש, הסכום לחודש _____ ₪

תשלומים נוספים (כגון משכורת 13, בונסים)
 ביוגד ☐ לא ☐ כן, סכום _____ תאריך תשלום אחרון _____
 הבראה ☐ לא ☐ כן, סכום _____ תאריך תשלום אחרון _____
 האם תשלומי ההבראה מועברים בתשלום אחד או יותר?
☐ כן ☐ לא, מס' תשלומים _____
 תשלומים אחרים
☐ לא ☐ כן, בעבור _____
 סכום _____ ₪ תאריך תשלום אחרון _____

פרטים נוספים לשימוש המוסד לביטוח לאומי

קשרי משפחה	האם קיים קשר משפחתי בינך לבין העובד? ☐ לא ☐ כן, רשום את סוג הקרבה: _____
שימוש ברכב המעסיק	האם העובד משתמש ברכב המעסיק? ☐ לא ☐ כן, רשום את מספר הרישוי: _____
האם העובד משתמש ברכב לאחר שעות העבודה?	☐ לא ☐ כן

פרטי המעסיק לשימוש שני המשרדים

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
שם המעסיק/מפעל/קיבוץ/מעביד _____		
טלפון	טלפון נייד	מספר פקס
כתובת, מס' בית, ישוב, מיקוד _____		
אני מצהיר שכל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ומלאים וידוע לי שלפי סעיפים 414 ו-418 – לחוק העונשין תשל"ז – 1977 עשיית מסמך הנחזה להיות את אשר איננו או העשוי להטעות, היא עברה פלילית שדינה מאסר עד 5 שנים		
תאריך _____	חתימה 	חותמת המעביד _____

גמלה להבטחת הכנסה - נא למלא שם פרטי ומשפחה מספר תעודת זהות _____

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
הבטחת הכנסה



כתב ויתור סודיות רפואית
רק למילוי ע"י התובע

שם הגמלה: הבטחת הכנסה

פרטים אישיים

קוד גמלה 07	מספר זהות 	תאריך תביעה שנה חודש יום	
שם משפחה	שם פרטי		
חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____			

הצהרה

הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____

גמלה להבטחת הכנסה - נא למלא שם פרטי ומשפחה _____ מספר תעודת זהות _____

עמוד 9 מתוך 9

 מס' זהות / דרכון 7 8 סוג המסמך 	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
---	--	--------------------------



המוסד לביטוח לאומי

כתב ויתור סודיות רפואית

רק למילוי ע"י בן/בת זוג

שם הגמלה: הבטחת הכנסה

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות	תאריך תביעה
07		
שם משפחה	שם פרטי	יום חודש שנה
חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

הצהרה

הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕



נספח – הפניה ללשכת התעסוקה

יש למלא טופס זה ולמסור אותו בלשכת התעסוקה, כדי לקבל עבודה התואמת את מצב בריאותך

הצהרה לשירות התעסוקה

תאריך:

לכבוד

שירות התעסוקה

לשכה:

פרטי התובע

אני מצהיר בזאת שאני הח"מ הגשתי תביעה להבטחת הכנסה בתאריך _____ בסניף _____

שם פרטי	מספר זהות
	ב.0

אני מצהיר בזאת, כי ידוע לי שעלי לפנות מיד לשירות התעסוקה, להתייצב כפי שיידרש ממני, ולקבל כל עבודה מתאימה שתוצע לי.

☐ אינני עובד ☐ אני עובד בהיקף של _____ שעות בשבוע, אצל: _____

ידוע לי, כי לעניין חוק הבטחת הכנסה "עבודה מתאימה" היא כל עבודה המתאימה למצבי הבריאותי ולכושרי הגופני, וכי עלי להירשם כתובע הבטחת הכנסה. כן ידוע לי, שאם לא אנהג לפי הוראות שירות התעסוקה, או שאסרב לקבל כל עבודה מתאימה שיציעו לי, יגרום הדבר לשלילת הזכאות לגמלה להבטחת הכנסה לחודש הסירוב ולחודש שאחריו. אני מסכים בזאת שהמוסד לביטוח לאומי יעביר לשירות התעסוקה כל מידע או תיעוד על אודותי הנמצא בידיו, והדרוש לצורך טיפול בהשמתי בעבודה.

אני מצהיר בזאת כי (נא סמן את הסעיף המתאים):

☐ לא הגשתי תביעה לנכות למוסד לביטוח לאומי ☐ הגשתי תביעה לנכות כללית למוסד לביטוח לאומי

☐ המוסד לביטוח לאומי אישר לי _____% נכות התקפים למועד זה. מצ"ב קביעת מחלקת נכות.

תאריך

חתימת התובע ✕

פרטי בן/בת זוג

אני מצהיר בזאת שאני הח"מ הגשתי תביעה להבטחת הכנסה בתאריך _____ בסניף _____

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
		ב.0

אני מצהיר בזאת, כי ידוע לי שעל"י לפנות מיד לשירות התעסוקה, להתייצב כפי שידרשו ממני, ולקבל כל עבודה מתאימה שתוצע לי.

☐ אינני עובד ☐ אני עובד בהיקף של _____ שעות בשבוע, אצל: _____

ידוע לי, כי לעניין חוק הבטחת הכנסה "עבודה מתאימה" היא כל עבודה המתאימה למצבי הבריאותי ולכושרי הגופני, וכי עליי להירשם כתובע הבטחת הכנסה. כן ידוע לי, שאם לא אנהג לפי הוראות שירות התעסוקה, או שאסרב לקבל כל עבודה מתאימה שיציעו לי, יגרם הדבר לשלילת הזכאות לגמלה להבטחת הכנסה לחודש הסירוב ולחודש שאחריו. אני מסכים בזאת שהמוסד לביטוח לאומי יעביר לשירות התעסוקה כל מידע או תיעוד על אודותי הנמצא בידיו, והדרוש לצורך טיפול בהשמתי בעבודה.

אני מצהיר בזאת כי (נא סמן את הסעיף המתאים):

☐ לא הגשתי תביעה לנכות למוסד לביטוח לאומי ☐ הגשתי תביעה לנכות כללית למוסד לביטוח לאומי

☐ המוסד לביטוח לאומי אישר לי _____% נכות התקפים למועד זה. מצ"ב קביעת מחלקת נכות.

חתימת התובע ✕ תאריך

מסמכים ואישורים שיש לצרף לתביעת הבטחת הכנסה

לכל התובעים	אם יש לך ילדים בני 24 – 18 באחת המסגרות: התנדבות למטרה ציבורית, עתודה, מסגרת קדם צבאית – יש לצרף אישור מוסמך מהמסגרת המתאימה. אישור או תדפיס ריכוז יתרות ותדפיס עו"ש מהבנק עבור 3 חודשים מכל החשבונות הפעילים והמוגבלים.
עובד	טופס אישור מעסיק על העסקת עובד. שלושה תלושי שכר אחרונים
מחוסר עבודה	אישור על מועד הפסקת העבודה שלך או של בן/בת זוגך
הכשרה מקצועית או לימודים	אישור ממקום הלימודים ובו ציון תאריך תחילת הלימודים וסיומם. תלמיד בהכשרה מקצועית- אישור השתתפות בלימודים בחודש הראשון ומדי חודש בחודשו
אשפוז או מחלה- כאשר אינך מסוגל לעבוד 30 ימים רצופים לפחות	תעודה רפואית המציינת אי כושר לעבודה מתאריך עד תאריך – הכולל אבחנה רפואית. אם עבדת עד מחלתך – יש להמציא לנו תלוש שכר ואישור מעסיק או חברת הביטוח על זכאותך לדמי מחלה המפרט: מספר ימי מחלה הכלולים בתשלום (מתאריך עד תאריך), ועבור אילו חודשים בוצע התשלום.
פרודה	אם יש בידך פסק דין למזונות – יש לצרפו
גרוש או רווק עם ילדים	הסכם גירושין או פסק דין למזונות או הסכם ממון.
אישה הרה	אישור מרופא נשים המציין את מועד תחילת ההריון או שבוע ההריון.
בן/בת זוג במעצר או במאסר	אישור משטרה או שירות בתי הסוהר על תחילת מעצר או מאסר ותאריך סיום מלא ובניכוי שלישי.
אסיר בעבודות חוץ	אישור על ביצוע עבודות שירות מהממונה על עבודות השירות.
מעצר בית או פיקוח על מעצר	צו בית משפט על קביעת מעצר בית. אישור בית משפט או עורך דין על מועד הדיון הבא.
גמילה מסמים או מאלכוהול	אישור על תאריך תחילת שהותך במרכז הגמילה ואישור חודשי על שיתוף פעולה. אם אתה בטיפול המחלקה לשירותים חברתיים – יש לצרף את תכנית הטיפול.
מרכז שיקום ואבחון או תכנית שיקומית	אישור על תחילת תהליך השיקום, אישור על שיתוף פעולה בכל חודש.
שיקום האסיר	דו"ח מהרשות לשיקום האסיר על תהליך השיקום, משך התקופה ואישורי השתתפות.
קטין נטוש או יתום	אישור או פרוטוקול של החלטת ועדה מהלשכה לשירותים חברתיים.
השגחה	אישור רפואי בו יצוין הצורך בהשגחה תמידית על החולה.
אישה במקלט	אישור על תאריך כניסה למקלט לנפגעות אלימות, אם יצאת מהמקלט – תאריך יציאה.
לימודים באולפן	אישור ממקום הלימודים וכן תאריך תחילת הלימודים וסיומם. פירוט ימים ושעות הלימוד.
דר רחוב	אם אתה בטיפול המחלקה לשירותים חברתיים, יש לצרף דוח של עובד סוציאלי המטפל בך.

באפשרותך למלא את טופס התביעה ולשלוח את המסמכים און ליין (באופן מקוון) באמצעות אתר האינטרנט

www.btl.gov.il