



תביעה לגמלת זקנה מיוחדת כולל תביעה להשלמת הכנסה על פי חוק הבטחת הכנסה

חובה לצרף לטופס זה

- ✍ אם אתה שכיר: יש לצרף לטופס זה תלושי שכר או אישורי מעביד מכל תקופת עיסוק ובפרט מהשנתיים האחרונות.
- ✍ במקרה של הפסקה או צמצום בהיקף עבודה: יש לצרף על כך אישור מעביד.
- ✍ במקרה שקיימת הכנסה מהשכרת נכס: יש לצרף חוזה שכירות.
- ✍ במקרה שקיימות הכנסות מריבית ו/או דיווידנד: יש לצרף אישור מתאים על כך.

לידיעתך

- ✍ על פי הסכם, לא תשולם הגמלה לתקופה שקדמה לחודש הגשת התביעה.
- ✍ באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני. לידיעתך, המוסד יהיה פטור ממשלוח הודעות אלו גם בדואר.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ✍ עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.
- ✍ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- ✍ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

ביטוח במדינות אחרות

- ✍ אם המבוטח היה מבוטח בביטוח סוציאלי באחת המדינות הבאות: אנגליה, אוסטריה, אורוגוואי, בולגריה, בלגיה, גרמניה, דנמרק, הולנד, פינלנד, צ'כיה, צרפת, רומניה, שוודיה, שווייץ, באפשרותך לבקש בחינת זכאותך לגמלה על פי אמנות לביטחון סוציאלי, עליהן חתמה מדינת ישראל. לשם כך נא לפנות בכתב לאגף קשרי חוץ, המוסד לביטוח לאומי, המשרד הראשי, שדרות ויצמן, ירושלים 91909, בציון שם המדינה בה היית מבוטח.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
זקנה ושאיירים

**תביעה לגמלת זקנה
מיוחדת**

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מס' זהות / דרכון

0	1	סוג המסמך	דפים		
---	---	-----------	------	--	--

1 פרטי התובע

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
מין		תאריך לידה		תאריך עלייה	
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		שנה חודש יום		שנה חודש יום	
נא מלא (רווקה, נשוי/אה, אלמן/ה, גרושה/ה, פרוד/ה, ידועה/בציבור, עגונה), החל מגיל 18 או מתאריך העלייה					
מצב משפחתי ראשון	מצב משפחתי שני	מתאריך	מצב משפחתי שלישי	מתאריך	מצב משפחתי אחרון
רווקה					
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
		<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני			
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2 פרטי הילדים מגיל 18 עד גיל 24

למוסד לביטוח לאומי מידע על ילדיך עד גיל 18 הרשומים במשרד הפנים ולכן איננו מבקשים פרטים עליהם

האם יש לך ילדים עד גיל 24? כן לא

אם כן, עם מי מתגוררים הילדים? איתי ועם בן/בת זוגי איתי בלבד
 עם בן/בת זוגי בנפרד / גרושה - בלבד

נא מלא בטבלה הבאה את פרטי הילדים מגיל 18 עד גיל 24:

מספר זהות	שם הילד		תאריך לידה	בעבור ילד מעל גיל 18: האם לומד/ בשירות*/ אחר	הילד גר איתי (כן/לא)
	שם פרטי	שם משפחה			
1. ס"ב			שנה חודש יום		
2. ס"ב			שנה חודש יום		

פרטים על ילדים נוספים רשום בדף נפרד

* שירות בצה"ל / קד"צ / עתודה / שירות לאומי / שירות בהתנדבות

יש לצרף אישורים רק אם לומד, בהתנדבות בשירות לאומי, עתודה או קד"צ

אי מילוי סעיף זה ימנע בחינת זכאותך לתוספת לגמלה בעבור ילדיך

פרטי הכנסות בן/בת הזוג

6

שים לב: יש למלא את הפרטים על כל הכנסות בן/בת הזוג מהמקורות המפורטים, נכון למועד הגשת התביעה.

מקור הכנסה	סמן X בטור המתאים		סכום הכנסה חודשי
	יש	אין	
1. עבודה (שכר, תגמולים)			
2. פנסיה בישראל			
3. רנטה מחו"ל			
3. תגמולים ממשרד האוצר			
4. הכנסה מהשכרת נכס			
5. ריבית מחסכונות או דיווידנד ממניות			

יש לצרף אישורים על כל מקור הכנסה.

אי מילוי סעיף זה לא יאפשר בחינת מתן תוספת קצבה בעד בן/בת הזוג

פרטי החותם על התביעה בעבור אדם אחר

7

שים לב: יש למלא סעיף זה אם החותם על התביעה איננו תובע הגמלה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
		דירה
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
		<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני
		<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS
יחס קרבה	סיבת הגשת התביעה על ידו	

הצהרה

8

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.

חתימת התובע **x**

תאריך _____

9

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שם בעל החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: לחשבון הקיבוץ / המושב לחשבוני הפרטי

ברשותי חשבונות בנק נוספים לא כן, בנק _____ סניף _____ מס' חשבון _____

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 פרטי מושגי התשלומים.

x

חתימת מקבל התשלום

תאריך

פרטים בנוגע לדמי מזונות

IV

נא לסמן X במשבצת המתאימה:

אני חייב בתשלום דמי מזונות על פי פסק דין, בסכום חודשי של _____ ₪.

נפסקו לזכאותי דמי מזונות, בסכום חודשי של _____ ₪.

אמצעי קיום

V

אם אין לך הכנסות, ציין את מקורות הקיום שלך:

1.

2.

3.

תאריך _____ שם החותם _____ חתימת התובע **X** _____

הצהרה

IV

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 או בנספחיה, יש בו להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. כמו כן אני מתחייב להודיע על כל יציאה לחו"ל לתקופה העולה על שלושה חודשים.

_____ X חתימת התובע	_____ שם החותם	_____ תאריך
-------------------------------	-------------------	----------------