



תביעה לדמי מחייה בעד יתום הזכאי לקצבת תלויים בנפגעי עבודה

חובה לצרף לטופס זה

- ↪ אישור מבית הספר בו לומד הילד, בו תצוין הכיתה בה הוא לומד ומספר שעות הלימוד. יש לצרף אישור מחודש ספטמבר של שנת הלימודים הנוכחית.
- ↪ אישורים על הכנסות מכל המקורות מעודכנים לחודש ספטמבר של אותה שנת הלימודים.
- ↪ במידה שהילד מוחזק על ידי גוף ציבורי, יש להמציא אישור מהגוף המחזיק בילד בו יפורט סכום ההחזקה החודשית ועבור מה היא ניתנת.

לידיעתך

- ↪ על פי חוק, לא תשולם הקצבה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- ↪ 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

- ↪ 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.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

**תביעה לדמי מחיה בעד יתום
הזכאי לקצבת תלויים בנפגעי
עבודה בשנת הלימודים _____**

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">סוג המסמך דפים</p> </div>																		<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>

חותמת קבלה

מס' זהות של המנוח: _____

1

פרטי הילדים הלומדים בבית ספר תיכון או נמצאים בהכשרה מקצועית

ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	
שם הילד			
מספר הזהות			
תאריך הלידה			
שם המוסד החינוכי			
מספר שעות הלימוד בשבוע			
אם אינו גר בבית התובע, פרט היכן גר וע"י מי מוחזק			
הכנסות הילד מנכסים			
הכנסות הילד מפנסיה			

2

פרטי תובע הגמלה

שם משפחה	שם פרטי	מס. ת.ז.	מין: <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> ידוע בציבור			
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
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
מיקוד			

הכנסה חודשית של ההורה

שים לב:
יש לסמן גם אם אין הכנסות.

סכום הכנסות לחודש	הכנסות ההורה		מקור
	אין הכנסות	יש הכנסות	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה שכירה
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה עצמאית
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פנסיה מעבודה
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	רנטה מחו"ל
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמולים
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שכר דירה
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אחר, פרט _____

הצהרה

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. 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 מושכי התשלומים.

חתימת התובע **x**

תאריך _____