



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
**תביעה לתשלום תוספת
תלויים לידי בן/בת זוג
לזכאי קצבת נכות**

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

עמוד 1 מתוך 2

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך		דפים							

אבקש לשלם לי במישרין את תוספת התלויים בעבור (ניתן לסמן יותר מאפשרות אחת):
 בן / בת זוג ילדים שבגמלת הנכה (הרשום מטה)

1 פרטי הנכה שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
כתובת					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2 פרטי בן/בת הזוג שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
האם את/ה מתגורר/ת עם הנכה? <input type="checkbox"/> כן (עבור לסעיף מס' 3) <input type="checkbox"/> לא (נא מלא את כתובתך בסעיף הבא)					
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					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומים למעלה)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

3 פרטי הילדים		<input type="checkbox"/> הילדים הנ"ל נמצאים בהחזקתי ואני מפרנסת אותם			
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב			
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב			
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב			

4 הכנסתי מעבודה

4

אין

יש, ההכנסה החודשית החייבת בדמי ביטוח בגובה _____ ₪ (צרך תלושי שכר או מכתב מעסיק)

פרטי מקום העבודה

שם המוסד או המעביד או המפעל:

טלפון

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

רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

5 הכנסותי שלא מעבודה

5

אין

יש. מקור ההכנסה:

הסכום הכולל לחודש: _____ ₪

6 פרטי חשבון הבנק של התובע

6

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

שים לב: תשלום תוספת בעבור הילדים שצוינו בטופס התביעה מותנה בהליך של מינוי מקבל גמלה (מילוי טופס בל/3295)

7 הצהרה

7

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן מענק לפי חוק זה או להגדלתו 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 לתשלום תוספת תלויים או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. אני מתחייב בזה להודיע למוסד לביטוח לאומי ללא דיחוי על כל שינוי שיחול במצבי המשפחתי, התעסוקתי או בהכנסותי מעבודה ושלא מעבודה.

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 כדון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

התביעה לא תטופל בלי חתימתך

_____ חתימת התובע ✕

_____ תאריך