



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
תחום ילדים

חותמת קבלה

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0 1</div> <div style="text-align: center;">סוג המסמך</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </div> </div> </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
---	---------------------------

בקשה לבדיקת זכאות למענק לימודים לגרושה/ה

<div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	מס' פניה (לא למילוי)
---	----------------------

- ☞ התקבל במוסד לביטוח לאומי מידע ממשרד הפנים המציין שאת גרושה.
- ☞ אנא מלא את הבקשה לצורך בדיקת זכאותך לתשלום מענק לימודים.
- ☞ לידיעתך, מענק הלימודים ישולם להורה שמקבל את קצבת הילדים (אלא אם התקבל מידע אחר מההורה השני על החזקת הילד/ים).

1 פרטי ההורה שבאחזקתו הילד/ים

1

מספר זהות ס"ב <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	שם פרטי	שם משפחה
כתובת		
מיקוד	יישוב	דירה
מס' בית	כניסה	רחוב / תא דואר
דואר אלקטרוני	טלפון נייד	טלפון קווי
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS		

2 הצהרה

2

- אני מצהירה בזאת שאני גרושה מ - _____ ואין לי בן זוג הידוע בציבור.
- אני מצהירה בזאת שאני גרושה ויש לי בן זוג הידוע בציבור מ - _____ שמו _____ ת.ז. _____.

(עליך להסדיר את מעמדך המשפחתי בתחום הביטוח והגביה בסניף הקרוב למקום מגוריך).

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בבקשה זו ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה 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 בבקשה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכותי לגמלה או על יצירת חוב ועל כן, אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל יציאה מהארץ של הילד/ים לתקופה העולה על 3 חודשים. אני מסכים, שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד לביטוח לאומי יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי את פרטיהם של מושכי התשלומים.

תאריך _____ חתימת המבקש או מקבל הגמלה **x** _____