המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף זקנה ושאירים

הצהרת הכנסות שאירים/ דמי מחיה

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

1 פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

2 פירוט הכנסות

מקור הכנסה	לתובע
עבודה שכירה	❑ לא ❑ כן, סכום: _____
עבודה עצמאית	❑ לא ❑ כן, סכום: _____
פנסיה מעבודה	❑ לא ❑ כן, סכום: _____
פנסית שאירים מכח המנוח/ה, עבורך ועבור הילדים	❑ לא ❑ כן, סכום: _____
פנסיה בחו"ל	❑ לא ❑ כן, סכום: _____
רנטה בחו"ל	❑ לא ❑ כן, סכום: _____
תגמולים ממשרד הביטחון או האוצר	❑ לא ❑ כן, סכום: _____
דמי שכירות מדירה, קרקע, חנות או מבנה	❑ לא ❑ כן, סכום: _____
ריבית מחסכונות או דיווידנד ממניות	❑ לא ❑ כן, סכום: _____
אחר: _____ (נא לפרט סוג הכנסה וגובהה)	❑ לא ❑ כן, סכום: _____

נא לצרף אישורים המעידים על הכנסותיך (כגון: תלושי שכר, פנסיה, חוזה שכירות וכד')

3 הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה 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 בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי 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 שינוי במצבי המשפחתי נישואין או ידוע בציבור.

תאריך _____ חתימה ✖_____

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד