



תביעה להבטחת הכנסה

תנאי זכאות ראשוני לגמלה להבטחת הכנסה

תושב ישראל שגילו - 20 שנה ומעלה למעט מקרים חריגים.

כמה דברים שכדאי לך לדעת:

- ☞ **זכאותך לגמלה תיבחן ממועד מסירת הטופס.** לכן, הגש את הטופס ללא דיחוי, גם אם חסרים לך חלק מהמסמכים שיש לצרף. יתכן שתידרש להמציא מסמכים נוספים.
- ☞ אם אתה נשוי, או אם אתה גר עם בן או בת זוג – זכאותכם מותנית בכך ששניכם עומדים בתנאים הנדרשים.

מי אינו זכאי לקבל גמלה להבטחת הכנסה?

- ☞ אדם הנמצא במוסד, וכל החזקתו על חשבון אוצר המדינה, כולל בית סוהר (בן או בת הזוג של אדם זה יכול לבדוק זכאות בנפרד!).
- ☞ אדם המשרת שירות חובה בצה"ל וכן חבר קיבוץ או מושב שיתופי ובני זוגם.
- ☞ תלמיד בישיבה או במוסד תורני או במוסד לימודים על תיכוני או במוסד להשכלה גבוהה.
- ☞ בתנאים מסוימים לימודים של הורה יחיד לא ישללו זכאות לגמלה.
- ☞ אדם שברשותו (כולל ברשות בן זוגו או ילדו), רכב או אופנוע ששווי מעל 40,760 ₪, למעט מקרים חריגים הקשורים במצב רפואי.
- ☞ אדם שברשותו (כולל ברשות בן זוגו או ילדו), יותר מרכב אחד.

מי צריך להתייצב בשירות התעסוקה כתנאי לזכאות

☞ אם אתה או בת זוגך אינכם עובדים, או אם אתם עובדים במשרה חלקית כלומר פחות מ-40 שעות בשבוע, עליכם לפנות ללשכת התעסוקה במקום מגוריכם כדי לקבל כל עבודה המתאימה למצב בריאותכם.

אם חלים עליך התנאים האלה, אינך צריך לפנות לשירות התעסוקה:

- ☞ אם או אב שהוא הורה יחיד שיש עימו/ה ילד שטרם מלאו לו שנתיים.
- ☞ אישה בהריון מהשבוע ה-13.
- ☞ מי שחולה לפחות 30 ימים רצופים והמחלה טרם הסתיימה.
- ☞ הורה המקבל קצבת ילד נכה בעד ילדו או מי שאחד מבני משפחתו (בן זוג, בן, בת, הורה), חולה וזקוק להשגחה רוב שעות היממה והוא גר עם החולה באותה דירה 45 ימים רצופים לפחות לפני שהגיש את התביעה.
- ☞ מי שנמצא בתוכנית שיקום תעסוקתי בפיקוח משרד ממשלתי.
- ☞ אסיר משוחרר לאחר תקופת מאסר של 6 חודשים רצופים, אם עדיין לא חלפו חודשיים ממועד שחרורו, אסיר העובד בעבודות שירות, או מי שנמצא במעצר בית בשעות היום, או מי שמשיג על בן משפחה הנמצא במעצר בית.
- ☞ מכור לסמים או לאלכוהול, או מי שנמצא בתוכנית גמילה או בתכנית שיקום.
- ☞ לומד באולפן מטעם משרד הקליטה, חמישה ימים בשבוע בשעות הבוקר.
- ☞ עובד במשרה מלאה או עובד במפעל מוגן.
- ☞ מי שמטופל במחלקה לדרי רחוב ברשות המקומית.
- ☞ אישה במקלט לנפגעות אלימות השוהה בו יותר מ-30 ימים רצופים.

שים לב! לפני הגשת התביעה לסניף – אנא ודא כי:

- ☞ מילאת את כל הפרטים, חתמת בכל המקומות, פירטת את הסיבה להגשת התביעה (אתה ובן או בת זוגך).
- ☞ צירפת את כל המסמכים שברשותך. אם יש קושי בהמצאת מסמך מסוים – נא ציין את הסיבה לכך.
- ☞ תביעה שלא ימולאו בה כל הפרטים, תוחזר בדואר. לפיכך הקפד למלא את כל השאלות בטופס.
- ☞ לשאלות ולברורים יש לפנות לטלפון שמספרו *6050 או 04-8812345. מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

טופס זה מנוסח בלשון זכר, אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
הבטחת הכנסה

תביעה לגמלה להבטחת הכנסה

מס' זהות / דרכון _____ סוג המסמך 0 1	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
---	---------------------------	-------------------

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב _____
----------	---------	---------------------------

כתובת מגורים

רחוב / תא דואר	מס' בית	קומה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	---------	------	------	-------	-------

טלפון קווי	טלפון נייד
------------	------------

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	קומה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	---------	------	------	-------	-------

פרטי הדירה שבה אני מתגורר:

בבעלותי בהשכרה אצל ההורים אחר, פרט: _____
חובה לצרף צילום תעודת זהות עם כתובת מגורים מעודכנת

2 מצב משפחתי

מצב משפחתי נוכחי – גם אם טרם שונה במשרד הפנים:

נשוי/ה גרושה אלמן/נה פרוד/ה מתאריך _____ יש למלא שאלון נפרדות
 רווק/ה ידוע/ה בציבור, מתאריך _____ ת.ז. _____
 האם אתה מתגורר עם חברה/ה לחיים או עם בן/בת זוג לא כן, שם _____ ת.ז. _____ מתאריך _____

3 פרטי ילדים עד גיל 24

נא סמן את מקום הימצאותו של הילד וצרף אישור מהרשות המוסמכת*					ת"ז	שם הילד
אחר*	שירות לאומי או התנדבות או עתודה או קד"צ*	אומנה או פנימייה*	צבא	מתגורר איתי		

• אם ישנם ילדים נוספים נא ציין את פרטיהם בדף נוסף.

גמלה להבטחת הכנסה - נא למלא שם פרטי ומשפחה _____ מספר תעודת זהות _____

פרטים על לימודים

4

תובע	בן/בת זוג
האם אתה לומד במוסד לימודים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן האם אתה לומד בישיבה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם אתה לומד במוסד לימודים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן האם אתה לומד בישיבה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן

יש לצרף אישור ממוסד הלימודים, כולל תאריך תחילת הלימודים וסיומם, ימי לימוד, מספר השעות וסוג התעודה

פרטי רכב, אופנוע, טרקטור, טרקטורון, משאית

5

ילדים עד גיל 24	בן/בת זוג	תובע	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____	האם יש רכב בבעלותך?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____	האם יש רכב או אופנוע בשימוש קבוע?

האם הרכב שבבעלותך או בשימושך נדרש לצרכים רפואיים או לצרכי ניידות שלך או של בני משפחתך (בן/בת זוג, ילד, הורה בלבד)?
 לא כן אם כן - נא להביא מהרופא המטפל אישור על מצבו הרפואי של החולה, מספר טיפולים בחודש ותכנית טיפול מהמוסד המטפל.
 אם נקבעת מורשה נהיגה ע"י הביטוח הלאומי או שיש לך ילד נכה שזכאי לקצבה, או שאושרה לך קצבת ניידות, אין צורך בהמצאת המסמכים.
בעל רכב: אם אתה חולה לפחות 30 ימים רצופים, אתה רשאי להפקיד את הרישיונות במשרד הרישוי לתקופת המחלה. יש לצרף אישור מקורי ממשרד הרישוי.

הסיבה להגשת התביעה

6

- א. מדוע אתה מגיש את התביעה? _____

- ב. כיצד התקיימת בשנה האחרונה? (מה היו מקורות ההכנסה שלך ושל בן/בת זוגך? כיצד שולמו ההוצאות הבסיסיות שלך, כגון מיסים והוצאות הבית?) _____

- ג. האם יש לך קשר עם עובד סוציאלי? לא כן, נא ציין: את שם העובד הסוציאלי: _____
 מספר טלפון של העובד הסוציאלי: _____ שם הלשכה: _____

תעסוקת בן/בת הזוג	תעסוקת התובע
<p>האם אתה עובד היום? <input type="checkbox"/> כן, שם המעסיק _____ מועד תחילת העבודה _____ היקף משרה(שעות שבועיות): _____ ש"כר ברוטו _____ ש"כר <input type="checkbox"/> לא, מדוע? _____</p>	<p>האם אתה עובד היום? <input type="checkbox"/> כן, שם המעסיק _____ מועד תחילת העבודה _____ היקף משרה(שעות שבועיות): _____ ש"כר ברוטו _____ ש"כר <input type="checkbox"/> לא, מדוע? _____</p>
<p><input type="checkbox"/> האם עבדת בשנה האחרונה? <input type="checkbox"/> כן, שם המעסיק _____ תאריך הפסקת העבודה _____ <input type="checkbox"/> לא</p>	<p><input type="checkbox"/> האם עבדת בשנה האחרונה? - <input type="checkbox"/> כן, שם המעסיק _____ תאריך הפסקת העבודה _____ <input type="checkbox"/> לא</p>
<p>האם שולמו לך פיצויים? <input type="checkbox"/> כן, סכום הפיצויים _____ ש"כר <input type="checkbox"/> לא</p>	<p>האם שולמו לך פיצויים? <input type="checkbox"/> כן, סכום הפיצויים _____ ש"כר <input type="checkbox"/> לא</p>
<p>אם אתה עובד, נא צרף טופס אישור מעסיק "העסקת עובד" (אם אתה עובד אצל כמה מעסיקים, נא צרף טופס מכל מעסיק בנפרד). יש לצרף 3 תלושי שכר אחרונים.</p>	

פירוט הכנסות ונכסים חוץ מהכנסות מהמוסד לביטוח לאומי או הכנסות מעבודה

מקור הכנסה/נכס	לתובע	לבן/בת הזוג
פנסיה או רנטה בארץ או בחו"ל	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
תגמולים ממשרדי ממשלה: הביטחון. האוצר. הקליטה. הסוכנות	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
דמי שכירות מנכס	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
מזונות	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
תמיכה כלכלית קבועה	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
אחר: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____

האם אתה משלם מזונות? לא כן, יש לצרף פסק דין לתשלום מזונות והוכחות לתשלום.
 נא לצרף אישורים המעידים על הכנסותיך (לדוגמה: הכנסה מפנסיה - תלוש פנסיה).

פירוט נכסים

שים לב - אם קיימים כמה נכסים, יש לציין את כולם

בן/בת זוג	תובע	פרטי נכסים: מחסן, דירה, יחידת דיור, מבנה, חנות, קרקע, מגרש, משק חקלאי, עסק
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____ גוש וחלקה _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____ גוש וחלקה _____	האם בבעלותך נכס/ים בארץ או בחו"ל כולל דירת מגורים
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, יש לצרף חוזה שכירות	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, יש לצרף חוזה שכירות	האם הנכס/ים שבבעלותך מושכרים או משמשים אדם אחר (גם אם לא נתתם חוזה שכירות)
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מתי נבנתה הדירה? _____ מי מתגורר בדירה? _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מתי נבנתה הדירה? _____ מי מתגורר בדירה? _____	האם בנכס שלך נבנו דירות נוספות המשמשות בן משפחה או אדם אחר?
שם האב _____ ת.ז. _____ שם האם _____ ת.ז. _____ כתובת הדירה בה התגוררו _____	שם האב _____ ת.ז. _____ שם האם _____ ת.ז. _____ כתובת הדירה בה התגוררו _____	יש למלא סעיף זה אם אחד מההורים אינו בחיים
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ ממי קבלת את הנכס? _____ יש לצרף צוואה וצו קיום צוואה או צו ירושה, כולל הצהרה מה ירשת	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ ממי קבלת את הנכס? _____ יש לצרף צוואה וצו קיום צוואה או צו ירושה, כולל הצהרה מה ירשת	האם אתה או ילדך קיבלתם נכס/ים בירושה או מתנה, שלא רשומים על שמך או על שם ילדיך?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____ יש לצרף צוואה וצו קיום צוואה או צו ירושה, צו הסתלקות כולל הצהרה מה ירשת	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____ יש לצרף צוואה וצו קיום צוואה או צו ירושה, צו הסתלקות מירושה כולל הצהרה מה ירשת	האם הסתלקת מירושה?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____ יש לצרף חוזה מכירה או העברה של הנכס	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____ יש לצרף חוזה מכירה או העברה של הנכס	האם מכרת או נתת מתנה נכס/ים. ללא תמורה בחמש השנים האחרונות?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג _____	האם ברשותך עדר, צאן, בקר או גמלים?

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

להלן פרטי החשבון שיש להפקיד בו את תשלומי הגמלה, אם תאושר זכאותך.

שמות בעלי החשבון (כולל שותפים)

שם הבנק	שם הסניף וכתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אם חשבון הבנק שבו תופקד הגמלה מוגבל, נא לחתום על ההצהרה הבאה:

אם אהיה זכאי לגמלה:

- ידוע לי, שהחשבון נמצא ברשימת החשבונות המוגבלים, וכי הבנק לא יאפשר לי למשוך כספים מחשבון זה. אני מתחייב בזה שלא להעלות נגד המוסד לביטוח לאומי כל טענה נגד תשלום לחשבון זה, או כל טענה בגין אי קבלת הכספים.
- אני מעוניין לקבל גמלה באמצעות כרטיס נטען (כרטיס שבאמצעותו תוכל למשוך רק את כספי הגמלה מביטוח לאומי). לשם כך, עליך לפנות לסניף הקרוב לאזור מגוריך.

שם התובע _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה ✕ _____
 שם בן/בת הזוג _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה ✕ _____

11

הצהרת חשבונות בנק

בטבלה שלהלן יש להצהיר על החשבונות המתנהלים בבנקים בחברת השקעות בארץ או בחו"ל על שמך, שם בן בת זוגך וכן של הילדים.
 אם אין לך חשבון מסוג החשבונות הרשומים בטבלה – חובה לסמן "אין"

סוג החשבון	שם בעל החשבון	מספר החשבון	שם הבנק או חברת השקעות	שם הסניף	מספר הסניף
חשבונות עו"ש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש					
פיקדונות בשקלים, מט"ח, ניירות ערך, חסכונות, קרן השתלמות <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש					
קופות גמל <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש					
אחר <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש					

נא לצרף להצהרתך אישור או תדפיס ריכוז יתרות ותדפיס עו"ש מהבנק, עבור שלושת החודשים האחרונים מכל החשבונות הפעילים והמוגבלים.

אני החתום מטה, מצהיר כי על שמי או על שם בן/בת זוגי או על שמם של ילדי, קיימים רק חשבונות הבנק המצוינים לעיל ולא קיימים חשבונות בנק נוספים מעבר למפורט. כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על פתיחת חשבונות בנק נוספים על שמי או על שם בן/בת זוג או על שם הילדים.

שם התובע _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה ✕ _____
 שם בן/בת הזוג _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה ✕ _____

הצהרה

אני / אנו הח"מ התובע/ים גמלה להבטחת הכנסה מצהיר/ים בזה, כי כל הפרטים שמסרנו בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים.
 ידוע לי/לנו, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה ע"פ חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים שהם בעלי חשיבות לעניין – דינו/דינה קנס כספי או מאסר.
 ידוע לי/לנו, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי/מסרנו בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי/נו לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני/אנו מתחייב/ים להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
 כמו כן אני/אנו מתחייב/ים להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי, כגון מצב משפחתי, מקום מגורים, לימודים, עבודה, מקורות הכנסה ועל כל יציאה מהארץ.
 אני/אנו מסכים/ים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוננו, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

תאריך _____ חתימת התובע * _____ חתימת בן/בת הזוג * _____

הרשאה למסירת מידע לצורך קבלת הטבות

על פי התקנות והחוק ובהתאם לזכאותך, אתה עשוי להיות זכאי להטבות מגורמים שונים. למימוש ההטבות דרושה הסכמתך להעברת מידע בדבר זכאותך.
 אני הח"מ, נותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי למסור לרשויות או למוסדות ציבוריים מידע בדבר זכאותי לצורך קבלת הטבות נלוות הקבועות בחוק ובתקנות.
 לא מאשר
 תאריך _____ חתימת התובע * _____ חתימת בן/בת זוג * _____
לידיעתך: אי חתימה על אישור זה, תהווה הסכמה להעברת המידע האמור.

כתב ויתור סודיות והרשאה למסירת מידע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
_____	_____	_____
פרטי בן/בת הזוג		
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
_____	_____	_____

אני הח"מ נותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו או לכל אדם אחר הפועל מטעם המוסד לביטוח לאומי או בעבורו, לקבל או למסור לביטוח לאומי כל מידע שביקש על אודותיי והמצוי ברשותכם, לרבות מידע על מצבי הרפואי, לרבות טיפולים בתחום הפסיכיאטרי, הסוציאלי, התפקודי או השיקומי בעבר ובהווה (כולל מידע בדבר סידור ילדיי במסגרת חוץ ביתית) וכן כל מידע בדבר נכות רפואית או אחרת שנקבעה לי לפי חוק הביטוח הלאומי או לצורך ביצועו של החוק האמור, וכן מידע על גמלאות ועל תשלומים אחרים מהמוסד לביטוח לאומי שלהם אני זכאי או הייתו זכאי, וכל מידע או מסמך הדרושים להחלטת המוסד, או כל מוסד בנקאי או עובד של מוסד בנקאי, וכן פרטים על חשבונות הבנק שלי ושלנו, וזאת בקשר לתביעה לקבלת גמלה להבטחת הכנסה.

בלי לגרוע מהאמור לעיל, אני מתיר בזה למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו, למסור מידע, מסמך, תעודה, חוות דעת, דו"ח או הערכה רפואית, תפקודית או אחרת המצוי ברשות המוסד לביטוח לאומי בדבר מצבי הבריאותי, התפקודי, הסוציאלי, השיקומי או בדבר גמלאות ותשלומים אחרים שלפי חוק הביטוח הלאומי אני זכאי להם.

ואני משחרר ופוטר אתכם מחובת השמירה על סודיות כלשהי אחרת, ומוותר בזה על כל טענה בקשר לסודיות אחרת, בלי יוצא מן הכלל, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כל שהוא למסירת מידע כאמור.

תאריך _____ חתימת המבוטח * _____
 תאריך _____ חתימת בן/בת זוג * _____

גמלה להבטחת הכנסה - נא למלא שם פרטי ומשפחה מספר תעודת זהות _____
מעסיק נכבד,
 נודה לך על מילוי הפרטים כמפורט להלן.

אישור המעסיק על העסקת עובד

פרטים על העובד

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב																				
		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				

פרטים על עבודה והיקף משרה

הנ"ל מועסק אצלי כעובד חודשי/יומי. היקף משרה: מלאה חלקית % המשרה _____

הנ"ל מועסק אצלי בעבודת _____ . קיימת אפשרות להגדיל את היקף המשרה לא כן, ב- _____ שעות בשבוע

אם אתה מטפל בקשישים, יש לציין את מספר הקשישים שבהם אתה מטפל _____

תאריך תחילת העבודה _____ מס' שעות עבודה בשבוע _____ סה"כ שעות עבודה בחודש _____

תשלומים

<p>תשלומים נוספים (כגון משכורת 13, בונוסים)</p> <p>ביגוד <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/></p> <p>כן, סכום _____ תאריך תשלום אחרון _____</p> <p>הבראה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/></p> <p>כן, סכום _____ תאריך תשלום אחרון _____</p> <p>האם תשלומי ההבראה מועברים בתשלום אחד או יותר? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, מס' תשלומים _____</p> <p>תשלומים אחרים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/></p> <p>כן, בעבור _____</p> <p>סכום _____ שם _____ תאריך תשלום אחרון _____</p>	<p>בסיס השכר</p> <p><input type="checkbox"/> לפי שעה, הסכום לשעה _____ ש"ח</p> <p><input type="checkbox"/> לפי יום, הסכום ליום _____ ש"ח</p> <p><input type="checkbox"/> לפי חודש, הסכום לחודש _____ ש"ח</p> <p>פירוט השכר ברוטו ל- 3 החודשים האחרונים (כולל נסיעות)</p> <p>חודש _____ סך _____ ש"ח</p> <p>חודש _____ סך _____ ש"ח</p> <p>חודש _____ סך _____ ש"ח</p> <p>באיזה אופן משולם השכר? <input type="checkbox"/> לחשבון הבנק <input type="checkbox"/> בהמחאה <input type="checkbox"/> במזומן</p>
--	---

פרטים נוספים

קשרי משפחה	האם קיים קשר משפחתי בינך לבין העובד? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, רשום את סוג הקרבה: _____
שימוש ברכב המעסיק	האם העובד משתמש ברכב המעסיק? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, רשום את מספר הרישוי: _____
	האם העובד משתמש ברכב לאחר שעות העבודה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן

פרטי המעסיק

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
שם המעסיק/מפעל	מס' תיק ניכויים	<input type="checkbox"/> אין תיק ניכויים
טלפון	טלפון נייד	מספר פקס _____ עמוד 8 מתוך 8

כתובת, מס' בית, ישוב, מיקוד _____

אני מצהיר שכל הפרטים שמסרת לי לעיל נכונים ומלאים וידוע לי שלפי סעיפים 414 ו-418 – לחוק העונשין תשל"ז – 1977 עשיית מסמך הנחזה להיות את אשר איננו או העשוי להטעות, היא עברה פלילית שדינה מאסר עד 5 שנים עמוד 8 מתוך 8

תאריך _____ חתימה **x** _____ חותמת המעביד _____

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
הבטחת הכנסה



כתב ויתור על סודיות רפואית

שם הגמלה: הבטחת הכנסה

פרטים אישיים

	תאריך תביעה שנה חודש יום	מספר זהות 	קוד גמלה 07
שם פרטי		שם משפחה	
פרטי בן/בת זוג			
מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	
חבר בקופת חולים			
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____			

הצהרה

הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____ חתימת בן/בת זוג ✕ _____



נספח – הפניה ללשכת התעסוקה

יש למלא טופס זה ולמסור אותו ללשכת התעסוקה, כדי לקבל עבודה התואמת את מצב בריאותך

הצהרה לשירות התעסוקה

תאריך: _____

לכבוד
שירות התעסוקה
לשכה: _____

פרטי התובע

אני מצהיר בזאת שאני הח"מ הגשתי תביעה להבטחת הכנסה בתאריך _____ בסניף _____

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב.ו.

אני מצהיר בזאת, כי ידוע לי שעלי לפנות מיד לשירות התעסוקה, להתייצב כפי שיידרש ממני, ולקבל כל עבודה מתאימה שתוצע לי.

אינני עובד אני עובד בהיקף של _____ שעות בשבוע, אצל: _____

ידוע לי, כי לעניין חוק הבטחת הכנסה "עבודה מתאימה" היא כל עבודה המתאימה למצבי הבריאותי ולכושרי הגופני, וכי עלי להירשם כתובע הבטחת הכנסה. כן ידוע לי, שאם לא אנהג לפי הוראות שירות התעסוקה, או שאסרב לקבל כל עבודה מתאימה שיציעו לי, יגרום הדבר לשלילת הזכאות לגמלה להבטחת הכנסה לחודש הסירוב ולחודש שאחריו. אני מסכים בזאת שהמוסד לביטוח לאומי יעביר לשירות התעסוקה כל מידע או תיעוד על אודותי הנמצא בידיו, והדרוש לצורך טיפול בהשמתי בעבודה.

אני מצהיר בזאת כי (נא סמן את הסעיף המתאים):

לא הגשתי תביעה לנכות למוסד לביטוח לאומי הגשתי תביעה לנכות כללית למוסד לביטוח לאומי

המוסד לביטוח לאומי אישר לי _____% נכות התקפים למועד זה. מצ"ב קביעת מחלקת נכות.

חתימת התובע _____ תאריך _____

פרטי בן/בת זוג

אני מצהיר בזאת שאני הח"מ הגשתי תביעה להבטחת הכנסה בתאריך _____ בסניף _____

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב.ו.

אני מצהיר בזאת, כי ידוע לי שעלי לפנות מיד לשירות התעסוקה, להתייצב כפי שיידרשו ממני, ולקבל כל עבודה מתאימה שתוצע לי.

אינני עובד אני עובד בהיקף של _____ שעות בשבוע, אצל: _____

ידוע לי, כי לעניין חוק הבטחת הכנסה "עבודה מתאימה" היא כל עבודה המתאימה למצבי הבריאותי ולכושרי הגופני, וכי עלי להירשם כתובע הבטחת הכנסה. כן ידוע לי, שאם לא אנהג לפי הוראות שירות התעסוקה, או שאסרב לקבל כל עבודה מתאימה שיציעו לי, יגרום הדבר לשלילת הזכאות לגמלה להבטחת הכנסה לחודש הסירוב ולחודש שאחריו. אני מסכים בזאת שהמוסד לביטוח לאומי יעביר לשירות התעסוקה כל מידע או תיעוד על אודותי הנמצא בידיו, והדרוש לצורך טיפול בהשמתי בעבודה.

אני מצהיר בזאת כי (נא סמן את הסעיף המתאים):

לא הגשתי תביעה לנכות למוסד לביטוח לאומי הגשתי תביעה לנכות כללית למוסד לביטוח לאומי

המוסד לביטוח לאומי אישר לי _____% נכות התקפים למועד זה. מצ"ב קביעת מחלקת נכות.

חתימת התובע _____ תאריך _____

מסמכים ואישורים שיש לצרף לתביעת הבטחת הכנסה

<p>צילום תעודת זהות מעודכנת – כולל ספח אם יש לך ילדים בני 24 – 18 באחת המסגרות: לימודים תיכוניים, התנדבות למטרה ציבורית, עתודה, מסגרת קדם צבאית – יש לצרף אישור מוסמך מהמסגרת המתאימה. אישורים מכל הבנקים בהם יש לך חסכונות, פיקדונות וקופות גמל. פירוט דפי עו"ש משלושת החודשים האחרונים, מכל הבנקים בהם אתה מנהל חשבון.</p>	<p>לכל התובעים</p>
<p>טופס אישור מעסיק על העסקת עובד. שלושה תלושי שכר אחרונים</p>	<p>עובד</p>
<p>אישור על מועד הפסקת העבודה שלך או של בן/בת זוגך</p>	<p>מחוסר עבודה</p>
<p>אישור ממקום הלימודים ובו ציון תאריך תחילת הלימודים וסיומם. תלמיד בהכשרה מקצועית- אישור השתתפות בלימודים בחודש הראשון ומדי חודש בחודשו</p>	<p>הכשרה מקצועית או לימודים</p>
<p>תעודה רפואית המציינת אי כושר לעבודה מתאריך עד תאריך. אם עבדת עד מחלתך – יש להמציא לנו תלוש שכר ואישור מעסיק או חברת הביטוח על זכאותך לדמי מחלה המפרט: מספר ימי מחלה הכלולים בתשלום (מתאריך עד תאריך), ועבור אילו חודשים בוצע התשלום.</p>	<p>אשפוז או מחלה- כאשר אינך מסוגל לעבוד 30 ימים רצופים לפחות</p>
<p>אישור על הגשת תביעה למזונות, או פסק דין למזונות. אם לא הגשת בקשה למזונות ואת פרודה פחות מ-12 חודשים – עלייך להגיש תביעה למזונות אם את פרודה יותר מ-12 חודשים, או אם בן זוגך מקבל קצבת נכות כללית או גמלה להבטחת הכנסה – אין צורך בהגשת תביעה למזונות.</p>	<p>פרודה</p>
<p>הסכם גירושין או פסק דין למזונות או הסכם ממון.</p>	<p>גרוש או רווק עם ילדים</p>
<p>אישור מרופא נשים המציין את מועד תחילת ההריון או שבוע ההריון.</p>	<p>אישה הרה</p>
<p>אישור משטרה או שירות בתי הסוהר על תחילת מעצר או מאסר ותאריך סיום מלא ובניכוי שליש.</p>	<p>בן/בת זוג במעצר או במאסר</p>
<p>אישור על ביצוע עבודות שירות מהמונה על עבודות השירות.</p>	<p>אסיר בעבודות חוץ</p>
<p>צו בית משפט על קביעת מעצר בית. אישור בית משפט או עורך דין על מועד הדיון הבא.</p>	<p>מעצר בית או פיקוח על מעצר</p>
<p>אישור על תאריך תחילת שהותך במרכז הגמילה ואישור חודשי על שיתוף פעולה. אם אתה בטיפול המחלקה לשירותים חברתיים – יש לצרף את תכנית הטיפול.</p>	<p>גמילה מסמים או מאלכוהול</p>
<p>אישור על תחילת תהליך השיקום, אישור על שיתוף פעולה בכל חודש.</p>	<p>מרכז שיקום ואבחון או תכנית שיקומית</p>
<p>דו"ח מהרשות לשיקום האסיר על תהליך השיקום, משך התקופה ואישורי השתתפות.</p>	<p>שיקום האסיר</p>
<p>אישור או פרוטוקול של החלטת ועדה מהלשכה לשירותים חברתיים.</p>	<p>קטין נטוש או יתום</p>
<p>דו"ח סוציאלי מהלשכה לשירותים חברתיים.</p>	<p>דר רחוב או אם</p>
<p>אישור רפואי בו יצוין הצורך בהשגחה תמידית על החולה.</p>	<p>השגחה</p>
<p>אישור על תאריך כניסה למקלט לנפגעות אלימות, אם יצאת מהמקלט – תאריך יציאה.</p>	<p>אישה במקלט</p>
<p>אישור ממקום הלימודים וכן תאריך תחילת הלימודים וסיומם. פירוט ימים ושעות הלימוד.</p>	<p>לימודים באולפן</p>