



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
תחום ילדים

תביעה לקצבת ילדים - ילד עולה ללא הורים

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									

סוג המסמך					דפים				
0 1					_____				

1 פרטי הילד

1

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
_____	_____	_____

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		<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני			

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
_____	_____	_____	_____	_____	_____

3 פרטי מקבל הקצבה

3

✎ ילד מעל גיל 17 - יכול להיות מקבל הקצבה.
✎ הילד מתחת לגיל 17 - מקבל הקצבה יהיה ממונה (יכול להיות קרוב משפחה), שימונה ע"י הביטוח הלאומי.

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
_____	_____	_____

4 פרטי חשבון בנק

4

✎ ילד מעל גיל 17 - יכול להיות בעל החשבון
✎ ילד מתחת לגיל 17 - מקבל הקצבה יהיה ממונה (יכול להיות קרוב משפחה), שימונה ע"י הביטוח הלאומי.

שמות השותפים לחשבון	שם הבנק	
_____	_____	
שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
_____	_____	_____

5 הצהרה

5

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 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 למוסד לביטוח לאומי על כל יציאה שלי מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.
אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד לביטוח לאומי יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי את פרטי מושכי התשלומים.

תאריך _____ חתימת מגיש התביעה * _____

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד