

עמוד 1 מתוך 3



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגלומות
תחום ילדים

לשימוש המוסד

1

א. סיבת הפניה

- תביעת "ליידת חי" שנדחתה
 - ילד שנולד בחו"ל
 - עולה
 - אפוטרופוס/ממונה
 - ילד שנולד בארץ
 - אחר
 - ייחיד היושב בישראל
 - ילד שאינו ילדו
 - ילד שעלה ללא הורים

פרטן האב

2

 מספר זהות ו"ב	שם פרטי 	שם משפחה
תאריך עליה 	תאריך לידה 	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> פרוד <input type="checkbox"/> גירוש <input type="checkbox"/> ידוע הציבור
רחוב/תא דואר 	מספר בית 	כינוי
טלפון קווי 	טלפון נייד 	טלפון אלקטרוני
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלים – נא להשלם את הפרטים הבאים:		
שם המשפחה איש קשר 	שם פרטי איש קשר 	מספר זהות איש קשר

❑ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערכיהם הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לדייעך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי ישולחו בערכיהם הדיגיטליים, לפי המידע שמסרתת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומים לעלה)

רחוב/תא דואר	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טופס זה מנוסח בלשון זכר פונה לנשים ולגברים אחד

פרטי מקבל הkazaבה

3

מקבלת הקazaבה הינה: האם
 אפוטרופוס/מומונה - יש לצרף אישור מותאים - (מיוני מקבל הקazaבה מותנה באישור פקיד השיקום של

(המודד לביטוח לאומי)

מספר זהות ס"ב	שם פרטי	שם משפחה	
תאריך עליה	תאריך לידה	מצב משפחתי	
 	 	<input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> נשואה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> גרוישה <input type="checkbox"/> ידועה בצבא	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרט איש הקazaב			
רחוב / תא דoor	מספר בית	כינוי	שם המשפחה איש קazaב
מיקוד	דירה	יישוב	טלפון קווי
דואר אלקטרוני @		טלפון נייד	טלפון נייד

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלים – נא להשלים את הפרטים הבאים:

מספר זהות איש קazaב ס"ב	שם פרטי איש קazaב	שם המשפחה איש קazaב	
----------------------------	-------------------	---------------------	--

אני מסרב לקבל הודעות הכלולות מיידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקומות דואר רגיל.
 לדיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי ישלוו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרתת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה לעיל)

רחוב / תא דoor	מספר בית	כינוי	שם המשפחה איש קazaב
מיקוד	דירה	יישוב	טלפון נייד

פרטי חשבון הבנק

4

חשבון הבנק צריך להיות על שם מקבל הקazaבה או חשבון בו שותף מקבל הקazaבה:

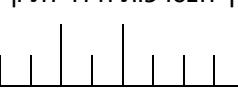
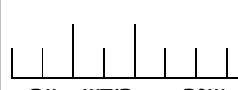
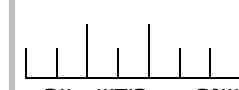
שמות בעלי החשבון

שם הסניף / כתובתו	מספר סניף	שם הבנק

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלומים: לחשבון הקיבוץ / המושב לחשבון הפרט*i*

פרטי הילדיים שטרם מלאו להם 18 שנה ואינם מקבלים קצבת ילדים

5

קרבה למבוטח	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	.1
תאריך הצטרפות הילד לתיק 	תאריך כניסה לארץ 	תאריך עלייה 	תאריך לידה 		
תאריך הצטרפות הילד לתיק 	תאריך כניסה לארץ 	תאריך עלייה 	תאריך לידה 		.2
תאריך הצטרפות הילד לתיק 	תאריך כניסה לארץ 	תאריך עלייה 	תאריך לידה 		.3
הערות: _____					

זיכרון

6

סמן X במקומות המתאים: **הנני מבוטח המחזיק ב "ילד שאיתן ילדו"**

אני מצהיר כי הילד/ים בגינום אמי תובע קצבת ילדים גראם עימי ואני מפרנס אותו/ם.

 הנני אפוטרופוס או מונוה

אני החתום מטה, מסכים בחתת לקלל את הקצבה של הילד/ים הרשומים לעיל.

אני מתחייב להשתמש בקצבה לטובת הילד/ים.

ידוע לי כי המוסד לביטוח לאומי להורות על אופן השימוש בסכפי הקצבה.

כמו כן הנני מתחייב להודיע מיד על כל שינוי הקשור למוקם הממצאות הילד/ים, או שינוי אחר המשפיע על ההזדאות.

ידוע לי כי אם המוסד לביטוח לאומי, או מי שיוסמך על ידו לשם כך, ימצא סכפי הקצבה שימושיים לי אנים משמשים למטרות לשмен הוקצז, רשותי המוסד למסות אדם אחר לקבלת הקצבה, וכי אריה צפיו לתביעה משפטית להשבת כל הכספים שנוצלו על ידי שלא למטרות לשмен הוקצז.

 אחר

אני החתום מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסורתית בתביעה ובבנוסףיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמשמעות פרטיהם לא נוכנים או העלמת נתוניהם היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בזוען למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטיהם שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסורתית בתביעה זו ובבנוסףיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלאה או על יצירתה חובה, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי תוך 30 ימים.

כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל יציאה מהארץ של הילד/ים לתקופה העולה על 3 חודשים. אני מסכים שהבנק הנ"ל ייחזר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתון חשבוני, אם המוסד לביטוח לאומי יפקיד לחשבון תשלום אשר כולל או חלקו שלום בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי את פרטיים של מושבי התשלומיים.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטיה ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה יתאפשר במקורה שלא יעדכנו פרטי ההתקשרות, המידע ישלח באמצעות הערכאים אותם צייני על גבי טופס זה.

תאריך _____ חתימת התובע 