



תביעה לקצבת נכות כללית, הצהרה למחלקת הביטוח והגביה ותביעה להענקה מטעמי צדק*

חובה לצרף לטופס זה

- אישורים רפואיים או מילוי הטופס המצורף על-ידי רופא.
- אם הנך שכיר/ה:
 - אישורים על הכנסות מעבודה (תלושי שכר).
 - אישורים של מעביד על ההכנסות ב- 15 החודשים האחרונים (נספח ג' חתום ע"י המעביד).
 - אם קבלת דמי מחלה או הפסקת לעבוד, חובה לצרף אישור המעביד (נספח ג' חתום ע"י המעביד).
- אם החותם/ת על התביעה אינו/ה תובע/ת הגמלה עצמו/ה, נא למלא גם את סעיף 3 ולהביא את האישורים הנדרשים בו.

כיצד יש להגיש את התביעה

- את טופס התביעה יש לשלוח בדואר או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות וביירוטים יש לפנות לטלפון *6050 או 12226050.
- לפרטים נוספים ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

לידיעתך

- על פי חוק, תאושר הקצבה לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.
- משך זמן הטיפול בתביעה עלול להיות ממושך.
- אם לך ולבן/בת זוגך אין אמצעי מחיה, מוצע לך לבדוק זכאותך בהבטחת הכנסה.
- אם את/ה בעל/ת מוגבלות ברגליים, באפשרותך להגיש בנוסף תביעה לגמלת ניידות.
- ייתכן וידרשו מסמכים נוספים לצורך קבלת הזכאות.

חובה לחתום על טופס התביעה

* אם התביעה תידחה בגלל חוב דמי ביטוח, השולל תשלום קצבה, ידון המוסד בזכות להענקה מטעמי צדק.



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
תביעה לקצבת נכות כללית

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%; text-align: center;"> מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> לשימוש פנימי בלבד (סריקה) </div> </div>	חותמת קבלה
---	-------------------

1 פרטי התובעת/ת											
שם משפחה			שם פרטי			שם משפחה בלועזית (אנגלית)*			שם פרטי בלועזית (אנגלית)*		
תאריך לידה שנה חודש יום			תאריך עליה שנה חודש יום			מספר זהות ס"ב					
מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה			מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> נשואה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> עגונה <input type="checkbox"/> ידועה בציבור			ארץ לידה <input type="checkbox"/> ישראל <input type="checkbox"/> אחרת					
כתובת											
רחוב		מס' בית		כניסה		דירה		ישוב		מיקוד	
טלפון קווי 0			טלפון נייד 0			דואר אלקטרוני					
<input type="checkbox"/> אני מאשר/ת קבלת הודעות SMS											
* אם ברשותך דרכון ישראלי, רשום/מי את שמך כפי שרשום בדרכון. המידע דרוש לתעודת נכה.											

2 פרטים נוספים השכלה											
א. סך כל שנות הלימוד בבית-ספר (כולל אוניברסיטה): _____ ב. בית הספר האחרון בו למדת - שם בית הספר: _____ שם היישוב: _____ ג. קורסים בהם למדת - שם הקורס: _____ משך הלימודים: _____ שם הקורס: _____ משך הלימודים: _____											
פרטי בן/בת הזוג											
שם משפחה של בן/בת זוג			שם פרטי של בן/בת זוג			מספר זהות של בן/בת זוג ס"ב					
רחוב		מס' בית		כניסה		דירה		ישוב		מיקוד	
מגורים <input type="checkbox"/> עם התובע <input type="checkbox"/> אחר, פרט:											
האם את/ה משלם/ת מזונות לפי פסק דין שלא באמצעות ביטוח לאומי? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא											
ילדים (למוסד לביטוח לאומי מידע על ילדיך הרשומים במשרד הפנים ולכן איננו מבקשים פרטים עליהם)											
האם יש לך ילדים עד גיל 22? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא						אם כן, עם מי מתגוררים הילדים? <input type="checkbox"/> איתי ועם בן/בת זוגי <input type="checkbox"/> איתי בלבד <input type="checkbox"/> עם בן/בת זוגי בנפרד / גרושה - בלבד					

השלים/ימי פרטים על ילדים חורגים (עד גיל 22) ועל נכדים (עד גיל 22), שכל פרנסתם עליך התובעת/ת:

יחס קרבה	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	ס"ב	מספר זהות
1 <input type="checkbox"/> חורג <input type="checkbox"/> נכד			שנה חודש יום		
2 <input type="checkbox"/> חורג <input type="checkbox"/> נכד			שנה חודש יום		
3 <input type="checkbox"/> חורג <input type="checkbox"/> נכד			שנה חודש יום		

3 פרטי מגיש התביעה (ימולא אם וכאשר התובעת/ת אינו מסוגלת/ת להגיש את התביעה בעצמו/ה, עקב מצבו/ה הבריאותי)

שם משפחה	שם פרטי	יחס קרבה לתובעת/ת	מספר זהות ס"ב

כתובת

רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי | טלפון נייד | דואר אלקטרוני

אני מאשר/ת קבלת הודעות SMS

פקס | ייפוי כוח | צו אפוטרופסות

פסק דין : (אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין/י איזה וצרף/י העתק)

אם אין ברשותך האמור לעיל, אנא מלא/י - אני מבקש/ת להתמנות כמקבל/ת גמלה
חתימה ✕ _____ תאריך: _____

4 פרטים על הנכות, אשפוזים וגורמים מטפלים

פרטים על הנכות

תאור המחלה / הליקוי	התחיל מתאריך	החמרה מתאריך	אשפוז	מעקב במרפאת
			<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
			<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
			<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
			<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	

5 הסכמה לקביעת רופא ללא נוכחות נא לחתום למטה אם את/ה מעוניין/ת שהנכות הרפואית תיקבע לפי מסמכים בלבד

אני מסכים/ה בזה שרופא יקבע את אחוזי נכותי הרפואית לפי מסמכים בלבד, ומבלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שלמרות הסכמתי זו יהיה עלי להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.

חתימת התובעת/ת ✕ _____

האם פנית לאחד מהגורמים הבאים:

1	למשרד הביטחון בגלל פגיעה בשירות הצבאי?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, צרף/י העתק של דו"ח הוועדה הרפואית
2	למשרד האוצר בגלל מלחמה / רדיפות הנאצים?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, צרף/י העתק של דו"ח הוועדה הרפואית
3	לביטוח לאומי - ענף נפגעי עבודה, נפגעי איבה או אסירי ציון?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____

עיסוק, עבודה, הכנסות מעבודה ותשלומים אחרים

עבודה בשנים האחרונות

לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה: _____
 כן עבדתי

פרטים על עבודה (יש לרשום הפרטים הבאים לגבי כל עבודותיך ב-5 השנים האחרונות ולצרף אישורים עבור 15 חודשים אחרונים)

סיבת הפסקת העבודה או השינוי	מס' שעות עבודה ביום / היקף משרה	תקופת העבודה		תפקיד	פרטי מקום העבודה
		עד תאריך	מתאריך		
					(עבודה היום או עבודה אחרונה) שם: _____ כתובת: _____ מספר טלפון: _____ - _____ פקס: _____ - _____
					שם: _____ כתובת: _____ מספר טלפון: _____ - _____ פקס: _____ - _____
					שם: _____ כתובת: _____ מספר טלפון: _____ - _____ פקס: _____ - _____
					שם: _____ כתובת: _____ מספר טלפון: _____ - _____ פקס: _____ - _____

תשלומים בשל מחלה


האם ב- 15 החודשים האחרונים קבלת או תקבלי/ דמי מחלה עבור תקופות בהן לא עבדתי?
 לא

כן, מהמעביד מקרן ביטוח _____ (צרף/י אישורים ומסמכים)

האם ב-15 החודשים האחרונים קבלת או תקבלי/ תשלום כלשהו מחברת ביטוח עקב מחלה?
 לא

כן, שם חברת הביטוח: _____ (צרף/י אישור, וכן העתק מפוליסת הביטוח)

פרטי התובעת/ת

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

הצהרה על עבודה והכנסות ב- 12 החודשים האחרונים (נא להשלים פרטים ולצרף אישורים)

עבודה

1. האם בן/בת הזוג עובד/ת היום? כן לא

2. פרטי המעביד האחרון של בן/בת הזוג (שם, כתובת ומספר טלפון): _____

3. האם לבן/בת הזוג הכנסות ב-12 החודשים האחרונים מעבודה? אין יש

האם לבן/בת הזוג הכנסות ב-12 החודשים האחרונים מדמי מחלה? אין יש

בן/בת הזוג	הנכה	
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	4. דמי מזונות המשולמים לא על ידי ביטוח לאומי
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	5. פנסיה בישראל (לא כולל מביטוח לאומי)
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	6. פנסיה או רנטה מחו"ל
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	7. תגמול ממשד הביטחון (לנכים, אלמנות, הורים שכולים) ציין/י איזה _____
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	8. תגמול מהאוצר לנכי מלחמה / רדיפות הנאצים
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	9. תשלומים מחברת ביטוח
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	10. פיצוי עקב נכות אם יש, ציין/י את הגורם המשלם _____
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	11. תשלומים שטרם שולמו (פנסיה, ביטוח) _____
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	הכנסה הונית: 12. הכנסה מריבית, דיוידנד, תוכנית חיסכון
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	הכנסה מרכוש: 13. הכנסה מהשכרת נכס
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	הכנסה ממקור אחר: 14. ציין/י את מקור ההכנסה וצרף/י אישור _____

צרף אישורים ל- 12 החודשים האחרונים

פרטי חשבון הבנק של התובע/ת

8

תשלומים שיגיעו לי אבקש להעביר לזכות חשבון הבנק כמפורט להלן:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מספר סניף	מספר חשבון

אני/ו השותף/ים לחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב/ים להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, עבור מקבלת/ת הגמלה.

אני/ו מתחייב/ים להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימו/ם על טופס עדכון החשבון.

אני/ו מסכים/ם שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה.

אני/ו מסכים/ים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

_____ × _____ × _____
 תאריך חתימת מקבלת/ת הגמלה חתימת/ות בעלי החשבון קרבה לתובע

פרטים על תביעה לפיצויי נזיקין מצד שלישי

9

האם נכותך נגרמה מתאונה? (תאונה: תאונת דרכים או אחרת הנגרמת עקב רשלנות הזולת, רשלנות רפואית, תקיפה וכדומה)

תאריך התאונה



לא כן, ציין/י סוג התאונה: תאונת דרכים אחרת

מקום אירוע התאונה ונסיבותיה: _____

נמסרה הודעה למשטרה בתאריך - _____ מספר תיק _____
 לא נמסרה הודעה למשטרה

האם הגשת/תגיש/י תביעה לפיצויי נזיקין? לא כן, פרט:

שם משפחה של הנתבע/ת	שם פרטי של הנתבע/ת	שם עורך הדין המייצג אותך בתביעה
---------------------	--------------------	---------------------------------

כתובת עו"ד

רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	פקס		

הצהרה

10

אני מצהיר/ה בזה כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ומלאים, והריני מאשר/ת אותם בחתימת ידי. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים מהווה עבירה על החוק.

_____ תאריך חתימת הנכה × _____ חתימת בן/בת הזוג × _____

שים לב: עליך לחתום על ההצהרה ועל 3 ויתורי הסודיות.

הצהרה

11

אני החתום/ה מטה תובע/ת גמלת נכות, ומצהיר/ה בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכותי לגמלה או על יצירת חוב ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי תוך 30 יום.

כמו כן, אני מתחייב/ת להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך _____ חתימת התובע/ת / מקבל/ת הגמלה או מגיש/ת התביעה **x** _____

מלא וחתום על הטפסים שלהלן:

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____

הגר/ה ב _____

מבקש/ת בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיי.

תאריך _____ חתימה **x** _____

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____

הגר/ה ב _____

מבקש/ת בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיי.

תאריך _____ חתימה **x** _____

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____

הגר/ה ב _____

מבקש/ת בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיי.

תאריך _____ חתימה **x** _____

נספחים

- א. מכתב לרופא המטפל
- ב. תעודה רפואית עבור המוסד לביטוח לאומי
- ג. אישור על העסקת עובד (למילוי ע"י המעביד)
- ד. הצהרה למחלקת הגביה



נספח א'

לכבוד
הרופא/ה המטפל בקופ"ח / מרפאה

ד"ר נכבד/ה,

המוסד לביטוח לאומי ערך בדיקה מקיפה בנושא גמלת נכות, והתברר כי הזכאות לגמלה ומשך הטיפול בקביעת הזכאות מבוססים בעיקר על ידיעת מצבו הרפואי של התובע/ת.

נודה לך אם תסייע/י לחולה שבטיפולך, תמלא/י במפורט את הטופס המצורף, ותחזירו אלינו באמצעות החולה.

רופא סניף הביטוח הלאומי בנושא נכות כללית ישמח לעמוד לרשותך, בכל שאלה או הבהרה שתידרש.

**אם ברשותך תעודה ממוחשבת ובה המידע העדכני המבוקש, אנא צרף/י אותה במקום הטופס המצורף.
אם יש מקום להשלמת פרטים, נודה לך על כך.**

בברכה,

ד"ר מריו סקולסקי

מנהל רפואי

המוסד לביטוח לאומי

נספח ב'

תעודה רפואית עבור המוסד לביטוח לאומי

פרטים כלליים

I

שם קופת החולים	סניף / מרפאה	טלפון קווי	פקס
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב	

אבחנות

II

מס' אבחנה	תיאור האבחנה	משנת
1		
2		
3		
4		
5		
6		

אשפוזים ב-3 השנים האחרונות

III

שם בית החולים	שם המחלקה
1	
2	
3	
4	

יש למסור לידי החולה (התובע/ת) העתקים מסיכומי המחלה הרלוונטיים

טיפול תרופתי נוכחי

IV

שם התרופה	מינון
1	
2	
3	
4	
5	

לחולים הסובלים מיתר לחץ דם או ממחלות לב

V

מדידות לחץ דם בחצי השנה האחרונה:

1.	2.	3.	4.	5.	6.
----	----	----	----	----	----

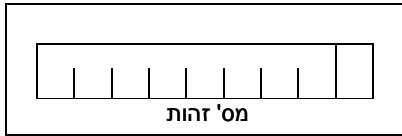
1. אק"ג מיום _____, לפי: לא, כן

2. צילום חזה מיום _____

ממצאי בדיקת מאמץ מיום _____ : _____

ממצאי בדיקת אקו לב מיום _____ : _____

עמוד 10 מתוך 15



נספח ב' (המשך)

לחולים הסובלים מסכרת

VI

סובלת/ת מסכרת החל מ: _____

ערכי סוכר בדם בחצי השנה האחרונה: _____

ערכי HbA1C: _____

סיבוכים (עיניים, כליות, מערכת העצבים): _____

אנא צרף/י חוות דעת של רופאים מקצועיים המתייחסות לסיבוכי הסכרת.

לחולים הסובלים ממחלת כליות כרונית

VII

תוצאות בדיקות מעבדה אחרונות:

ספירת דם: _____

בדיקת שתן כללית: _____

חלבון בשתן של 24 שעות: _____

פינוי קריטינין CCT: _____

Creatinine: _____

Urea: _____

תוצאות בדיקת US כליות

ממצאים מיום _____ : _____

תוצאות IVP

ממצאים מיום _____ : _____

לחולים הסובלים ממחלת ריאות כרונית

VIII

תוצאות צילום חזה אחרון מיום _____ : _____

תוצאות תפקודי נשימה מיום _____ : _____

לחולים הסובלים מכיפיון (Epilepsy)

IX

סוגי התקפים: _____

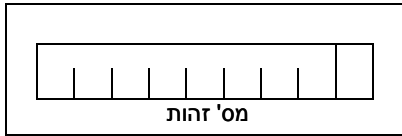
תדירות ההתקפים מכל סוג: _____

רמת תרופות בדם מיום _____ : _____

תוצאות EEG אחרון מיום _____ : _____

תוצאות CT מוח מיום _____ : _____

עמוד 11 מתוך 15



נספח ב' (המשך)

X טיפול תרופתי נוכחי

X

XI לחולים המקבלים טיפול כימותרפי או קרינתי

XI

מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה (ירידה במשקל, תלונות אחרות)?

תאריך אבחון המחלה	תאריך תחילת טיפול	תאריך סיום טיפול (או תאריך משוער)

סוג הטיפול: _____

תדירות ומשך הטיפול: _____

XII פרטים נוספים והערות

XII

תוצאות בדיקות אחרות (הדמיה, EMG, תפקודי כבד, בלוטת התריס וכדומה)

מידע נוסף במרפאה מקצועית

האם יש מידע נוסף במרפאה חיצונית? אין יש, פרט: _____

שם המרפאה	כתובתה	שם הרופא/ה המטפל/ת	טלפון

הערות: _____

XIII חתימת הרופא

XIII

תאריך _____ שם הרופא: _____ חתימה x _____



נספח ג'
אישור על העסקת עובד ושכר עבודה

חלק א' I	
מספר זהות ב"ס	שם משפחה
שם האב	שם פרטי
הנתונים על עבודת הנ"ל אצלנו הם כלהלן:	
תקופת העבודה (הכוללת)	
<input type="checkbox"/> הפסקת עבודה בפועל בתאריך _____ הסיבה: _____ <input type="checkbox"/> פרישה סופית מעבודה בתאריך* _____ (*תאריך ניתוק יחסי עובד-מעביד) <input type="checkbox"/> ממשיך/ה לעבוד	תחילת עבודה בתאריך _____
פרטים על היקף משרה	
1. עבד/ה במשרה חלקית? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מתאריך _____ שיעור חלקיות המשרה: _____	
2. הסיבה לעבודה החלקית: _____	
3. האם שולמו השלמות לשכר המשרה החלקית? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מהות התשלום: _____ החל מתאריך _____ עד _____	
לעובדים היום	
סוג העבודה והתפקיד הנוכחי: _____	
דמי מחלה	
1. ב-15 החודשים האחרונים, שולמו לנ"ל דמי מחלה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
דמי מחלה שולמו לתקופות:	
מתאריך	עד תאריך
1	
2	
3	
4	
5	
6	
2. יתרת ימי מחלה שלא נוצלו: _____ ימים	
3. תשלום דמי המחלה הוא על ידי קרן _____	
תשלומים אחרים	
1. האם שולמו (למעט דמי מחלה) תשלומים כלשהם מיום הפסקת העבודה בפועל ועד ליום הפרישה (עד ניתוק יחסי עובד-מעביד) <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
2. האם מבטוח/ת לעניין אי כושר עבודה בחברת ביטוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם החברה _____ מהות התשלום: _____ החל מתאריך _____ עד _____	
פרישה לפנסיה	
הנ"ל פרש/ה לפנסיה: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מיום _____ הפנסיה משולמת מקרן: _____	

חתימת המעביד II		
שם המעביד	מספר תיק	כתובת המעביד
תאריך _____ שם החותם/ת: _____ תפקידו/ה: _____ חתימה x _____		

נספח ג' (המשך)

פרטים על עבודה ב-15 החודשים האחרונים

חלק ב' III									
הפרשים או תוספות שנכללו בשכר (כגון: דמי הבראה, ביגוד, משכורת 13 וכיוצ"ב)			שכר החייב בדמי ביטוח	סכום דמי מחלה	שולמו דמי מחלה (כן/לא)	שיעור משרה (מלא/ חלקי)	חודש	שנה	מס'
מהות התשלום	מתייחס לתקופה								
	עד	מתאריך	הסכום						
									1
									2
									3
									4
									5
									6
									7
									8
									9
									10
									11
									12
									13
									14
									15

* כולל גם רכיבי שכר שאינם חייבים בתשלום דמי ביטוח. דמי מחלה ששולמו ע"י המעביד או קרן ביטוח - אין לכלול בשכר ברוטו.

המעביד IV	
הערות המעביד: _____	

תאריך _____	שם החותם/ת: _____
תפקיד/וה: _____	חתימה וחותמת המפעל x _____

<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="13" style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">סוג המסמך</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">דפים</td> <td colspan="8"></td> </tr> </table>															מס' זהות / דרכון																											סוג המסמך			דפים										לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
מס' זהות / דרכון																																																								
סוג המסמך			דפים																																																					

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות



נספח ד'

הצהרה והודעה על שינויים למחלקת הביטוח והגביה

מלא/י הטופס אם בתקופה כלשהי ב- 5 השנים האחרונות היית עובד/ת עצמאי/ת או שלא עבדת. (פרטי העסק בסעיף II וסעיף III ימולאו רק ע"י מי שהיה/הייתה עובד/ת עצמאי/ת)

פרטים אישיים																																																	
מספר זהות ס"ב <table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																					שם האב	שם פרטי	שם משפחה																										
כתובת																																																	
מיקוד	ישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב																																												
דואר אלקטרוני		טלפון נייד			טלפון קווי																																												
		<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																							<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																								
<input type="checkbox"/> אני מאשר/ת קבלת הודעות SMS																																																	

פרטי העסק									
שם העסק: _____									
מיקוד	ישוב	דירה	כניסה	מספר בית	רחוב				
תאריך תחילת עבודה כעצמאי/ת					עיסוק או מקצוע אחרון				
מספר תיק מעביד					החל מתאריך	מס' שעות עבודה ממוצע לשבוע			
אני מצהיר/ה בזה כי בגלל: _____									
<input type="checkbox"/> הפסקתי לעבוד מתאריך: _____									
<input type="checkbox"/> צמצמתי את היקף עבודתי מתאריך: _____									
<input type="checkbox"/> אני ממשיך/ה לעבוד בהיקף מלא									
<input type="checkbox"/> העסק: _____									
<input type="checkbox"/> נסגר <input type="checkbox"/> נמכר <input type="checkbox"/> הושקר									
<input type="checkbox"/> בתאריך: _____ (צרף/י אישור מתאים)									
<input type="checkbox"/> אחר: _____									

הכנסות ב- 5 שנים אחרונות כולל שנה נוכחית (שוטפת) (צרף/י שומות מס הכנסה שברשותך)									
ההכנסה השנתית בש"ח ב- 5 שנים אחרונות					מספר חודשים	חודש ראשון	שנת מס		
מעסק, משלוח יד, חקלאות							שנה שוטפת		
ריבית, השכרה, רכוש, פנסיה, גמלה									

נספח ד' (המשך)

הצהרה

IV

הנני מצהירה בזה שכל הפרטים שנמסרו בתביעה זו ובצירופיה הם נכונים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, מהווה עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י 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 זכותי לגמלה או על יצירת חוב ועל כן, אני מתחייב/ת להודיע על כל שינוי תוך 30 יום. (יסומן ב- ✓ כאשר עובד המוסד ממלא את טופס ההצהרה) כל הפרטים הרשומים בתביעה הוקראה באוזני ואני מאשר/ת בזה כי הם תואמים את הפרטים שמסרתי בע"פ לעובד/ת המוסד.

תאריך: _____ שם החותם/ת: _____ חתימה **x** _____

(סעיף זה לשימוש המוסד לביטוח לאומי)

V

אל מחלקת הביטוח והגביה, סניף _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מספר זהות ב"ס
_____	_____	_____	_____
כתובת			
רחוב	מס' בית	כניסה	דירה
_____	_____	_____	_____
טלפון קווי	טלפון נייד	פקס	מיקוד
_____	_____	_____	_____

הנ"ל עבד כשכיר:

1	מתאריך	עד תאריך	<input type="checkbox"/> לפי אישור המעביד <input type="checkbox"/> לפי ההצהרה בתביעה בלבד
	שם המעביד	מספר תיק הניכויים של המעביד	
2	מתאריך	עד תאריך	<input type="checkbox"/> לפי אישור המעביד <input type="checkbox"/> לפי ההצהרה בתביעה בלבד
	שם המעביד	מספר תיק הניכויים של המעביד	
3	מתאריך	עד תאריך	<input type="checkbox"/> לפי אישור המעביד <input type="checkbox"/> לפי ההצהרה בתביעה בלבד
	שם המעביד	מספר תיק הניכויים של המעביד	
4	מתאריך	עד תאריך	<input type="checkbox"/> לפי אישור המעביד <input type="checkbox"/> לפי ההצהרה בתביעה בלבד
	שם המעביד	מספר תיק הניכויים של המעביד	

תאריך: _____ סניף: _____ שם וחתימת פקיד/ת תביעות **x** _____