



תביעה לדמי מחייה בעד יתום הזכאי לקצבת שאירים

חובה לצרף לטופס זה

- ↪ אישור מבית הספר בו לומד הילד, בו תצוין הכיתה בה הוא לומד. יש לצרף אישור מחודש ספטמבר של שנת הלימודים הנוכחית.
- ↪ אישורים על הכנסות מכל המקורות מעודכנים לחודש ספטמבר של שנת הלימודים.
- ↪ במידה והילד מוחזק ע"י גוף ציבורי, יש להמציא אישור מהגוף המחזיק בילד, בו יפורט סכום האחזקה החודשית ועבור מה היא ניתנת.

לידיעתך

- ↪ הגמלה תשולם בעד תקופה רטרואקטיבית של עד 12 חודשים מיום הגשת התביעה.
- ↪ באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני. לידיעתך, המוסד יהיה פטור ממשלוח הודעות אלו גם בדואר.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ↪ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא לסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- ↪ מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> 0 1 </div> <p>סוג המסמך</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>מס' זהות / דרכון</p> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-left: auto;"></div> </div>		<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>
--	--	----------------------------------

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
זקנה ושאירים



**תביעה לדמי מחיה בעד יתום
הזכאי לקצבת שאירים בשנת
הלימודים**

מספר זהות המנוח

1

פרטי הילדים הלומדים בבית ספר תיכון או נמצאים בהכשרה מקצועית

ילד שלישי	ילד שני	ילד ראשון	
			שם הילד
ס"ב	ס"ב	ס"ב	מספר הזהות
<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> יום חודש שנה </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> יום חודש שנה </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> יום חודש שנה </div>	תאריך הלידה
			שם המוסד החינוכי
			מספר שעות הלימוד בשבוע
			אם אינו גר בבית התובע, נא לפרט היכן גר וע"י מי מוחזק
			הכנסות הילד מנכסים
			הכנסות הילד מפנסיה

2

פרטי תובע הגמלה

מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מס' ת.ז. <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>	שם פרטי	שם משפחה
---	--	---------	----------

מצב משפחתי: רווק אלמן נשוי גרוש ידוע בציבור

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
מספר פקס <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>		טלפון נייד <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>		טלפון קווי <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>	

אני מאשר קבלת הודעות SMS

דואר אלקטרוני אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומים למעלה)

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

3

הכנסה חודשית של ההורה

שם לב:
יש לסמן גם אם אין הכנסות.

הכנסות לחודש	הכנסות ההורה		מקור
	אין הכנסות	יש הכנסות	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה שכירה
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבודה עצמאית
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פנסיה מעבודה
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	רנטה מחו"ל
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תגמולים
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שכר דירה
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אחר, פרט _____

4

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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, 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 **x** _____