המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף קצבאות אזרחים ותיקים ושאירים

חותמת קבלה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך

דפים

בקשה למענק מיוחד לבני 67 ומעלה שהפסיקו לעבוד עקב המלחמה - עם כלביא

הזכאים – דברי הסבר

- תושב ישראל מגיל 67 ומעלה.
- מי שפוטר מהעבודה או הוצא לחל"ת לתקופה של **12 ימים** רצופים החל מ- 13.06.2025 ועד 24.06.2025
- שכירים לפחות ב-3 החודשים האחרונים לפני שפוטרו או הוצאו לחל"ת

חובה לצרף לטופס זה

- אם אתה עובד במשק בית –אישור הפסקת עבודה מכל אחד ממעסיקי משק בית אצלם הפסקת לעבוד.
- אם אתה עצמאי –הצהרה על הכנסות כעצמאי בתקופה 13.6.2025 ועד 24.6.2025 (בל/1503)
- אם אתה מוגדר כעובד 'צו סיווג' (מורה דרך, שחקן, מדריך וכד') –דיווח על הכנסותייך כשכיר לתקופה 13.6.2025 ועד 24.6.2025 (בל/622)

לידיעתך: גובה המענק יחושב לפי 75% משכרך ב-3 מתוך 6 החודשים שקדמו למועד הפסקת העבודה

1 פרטי המבקש

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		_____@_____

❑ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.
לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

❑פוטרתי ❑ הוצאתי לחל"ת מהמעסיק _____תיק ניכויים _____ בתאריך _____

❑פוטרתי ❑ הוצאתי לחל"ת מהמעסיק _____תיק ניכויים _____ בתאריך _____

❑התפטרתי מעבודתי בתאריך _____ סיבת התפטרותי _____

(אם סיבת התפטרותך נבעה ממצב רפואי אנא צרף מסמכים רפואיים)

❑האם חזרת לעבודה? ❑ לא ❑ כן, בתאריך _____ שם המעסיק _____

❑האם אתה עובד אצל מעסיק אחר? ❑ לא ❑ כן החל מ_____ שם המעסיק _____

2 פרטי חשבון הבנק

שמות בעלי החשבון		
		סוג החשבון ❑ פרטי ❑ קיבוץ

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

3 הצהרה

אני מצהיר בזה ,כי כל הפרטים בבקשה הם נכונים ומלאים.
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 בתוך 30 יום.

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 פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד לביטוח לאומי יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך **אימות בעלותי בחשבון הבנק** כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד לביטוח לאומי את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. **לחילופין, ידוע לי כי המוסד לביטוח לאומי רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.**

ידוע לי, כי בהתאם לחוק הביטוח הלאומי, אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן גמלה לפי חוק זה, או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, עובר על החוק וצפוי לקנס כספי ומאסר.
ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.
במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרופותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותיי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותיי יימסר לצדדי ג׳ הרלוונטיים לצורך זה.
ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת www.btl.gov.il > יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות.
אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.

שם המבקש_____ חתימה ×_____

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד