**המוסד לביטוח לאומי**
מינהל הגמלאות
נפגעי פעולות איבה

**בל/ 586**

# הורים שכולים –תביעה לתוספת מחוסר הכנסה והצהרה על הכנסות

## לידיעתך -

- התוספת משולמת להורה בודד או לזוג הורים שכולים שאין להם הכנסה מכל מקור שהוא.
- כל הכנסה נחשבת כהכנסה לעניין הזכאות לתוספת, למעט קצבאות והכנסות המפורטות בסעיף 3.
- על מנת שנוכל לבדוק את זכאותכם לתוספת זו, נודה לכם על מילוי הטופס הזה **בצירוף תדפיס חשבון עו"ש רבעוני ואישור מהבנק על הפקדות או חסכונות.**
- אם משולמת לכם התוספת למחוסר הכנסה, אתם נדרשים למלא הצהרה מעודכנת לשנה הנוכחית ולהחזירה תוך 30 יום.

## כיצד יש להגיש את התביעה

- **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
  - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il.
  - לשלוח בדואר לכתובת :
    המוסד לביטוח לאומי,
    אגף נפגעי פעולות איבה – משרד ראשי
    רח' יפו 217 ירושלים
  - להניח בתיבת השירות של הסניף הקרוב למקום מגוריכם.
- לשאלות ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד 6050*, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט. www.btl.gov.il.

**לתשומת ליבך – עליך למלא את כל הסעיפים בטופס**

## חובה לחתום על הטופס

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

**המוסד לביטוח לאומי**
מינהל הגמלאות
נפגעי פעולות איבה

# הורים שכולים
# הצהרה בדבר הכנסות לצורך קבלת תוספת מחוסר הכנסה

| חותמת קבלה | לשימוש פנימי בלבד (סריקה) |
|---|---|
| | מס' זהות / דרכון<br>סוג המסמך<br>דפים |

## 1 פרטים אישיים

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

**כתובת**

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

## 2 הצהרה על הכנסות או רווחים (יש לצרף אישורים ומסמכים מתאימים משלושת החודשים האחרונים).

| | מקור הכנסה | סכום הכנסה חודשי בש"ח | |
|---|---|---|---|
| | | אב (או בן/בת זוג האם) | אם (או בן/בת זוג האב) |
| .1 | הכנסה משכר ואו מעסק (לצרף תלושי שכר ושומה). | | |
| .2 | פנסיה מהארץ או מחו"ל | | |
| .3 | פיצויים/תשלומים מחברת הביטוח | | |
| .4 | רנטה מחו"ל | | |
| .5 | גמלה מהאוצר | | |
| .6 | גמלה ממשרד הביטחון | | |
| .7 | גמלה משירות קבע בצה"ל | | |
| .8 | קיצבה מגורם אחר. | | |
| .9 | מזונות | | |
| .10 | הכנסה מריבית או ניירות ערך או תשלום מחסכון וקופת גמל | | |
| .11 | הכנסה משכר דירה, מבנה , מגרש , משק | | |
| .12 | הכנסה מרכב מושכר (כולל מונית) | | |
| .13 | הכנסה המופקדת מחוץ לישראל או הכנסה מכח הסכם או הסדר אחר | | |
| .14 | הכנסה מכל מקור אחר. פרט: _____ | | |

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר. אם אתה מתנגד לכך, עלייך לסמן את ההצהרה הבאה:
❑ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי.
ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

## 3 הכנסות בהן ניתן להגיש בקשה לתוספת מחוסר הכנסה

**יובהר כי ניתן להגיש בקשה לבחינת קבלת תוספת מחוסר הכנסה גם אם ברשותך:**

- קצבת אזרח ותיק או שארים
- קצבת נכות כללית בסיסית ללא תוספת מביטוח לאומי
- קצבת ילדים מביטוח לאומי
- קצבה המהווה פיצוי על נזקי בריאות שנגרמו מחמת רדיפת הנאצים
- תגמול לפי גובה דרגת נכות המוענק בהתאם לחוק הנכים
- הכנסה מכל מקור בסכום שאינו עולה על 671.83 ₪ להורה בודד ו- 767.93 ₪ לזוג הורים

## 4 הצהרה

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 ובנספחיה, 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 על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.
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.

☐ **אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.**

תאריך_____ שם _____ חתימת ההורה ✕_____

תאריך_____ שם _____ חתימת ההורה ✕_____