המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף קצבאות אזרחים ותיקים ושאירים

הצהרת הכנסות לבדיקת זכאות לתוספת עבור בן/בת זוג בקצבת אזרח ותיק

חותמת קבלה	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
	מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים

פרטי מבוטח - מקבל קצבת אזרח ותיק

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

2 פרטי בן/בת זוג

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

3 פירוט הכנסות בן/בת זוג - נא לסמן ליד כל אחד ממקורות ההכנסה המפורטים: "יש" או "אין"

מקור הכנסה	
עבודה שכירה	❑ אין ❑ יש, סכום לחודש:
עבודה עצמאית	❑ אין ❑ יש, סכום לחודש :
פנסיה בישראל	❑ אין ❑ יש, סכום לחודש : ___
פנסיה בחו"ל	❑ אין ❑ יש, סכום לחודש :
רנטה בחו"ל	❑ אין ❑ יש, סכום לחודש :
תגמולים ממשרד הביטחון או האוצר	❑ אין ❑ יש, סכום לחודש :
דמי שכירות	❑ אין ❑ יש, סכום לחודש :
ריבית מחסכונות או דיווידנד ממניות	❑ אין ❑ יש, סכום לחודש :
אחר: (נא לפרט סוג הכנסה וגובהה)	❑ אין ❑ יש, סכום לחודש :

נא לצרף אישורים המעידים על הכנסות של בן/בת זוגך(כגון: תלושי שכר, פנסיה, חוזה שכירות וכד')

4 פרטי חשבון הבנק

ברצוני שהתוספת תשולם בנפרד ישירות לבן/ת הזוג

שם בעל החשבון:

שם בנק	מספר סניף	מספר חשבון

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

5 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

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.

תאריך _____ חתימה ✖_____