בקשה לוועדת חריגים או לסיוע לפנים משורת הדין

לתשומת לבך: טרם הגשת בקשה לסיוע מאת ועדת חריגים או הועדה לסיוע לפנים משורת הדין ,
אתה נדרש לבדוק את הזכאות לבקשה הנדונה בסניף המוסד הקרוב למקום מגוריך.

חובה לצרף לטופס זה

- במידת הצורך, יש לצרף מסמכים רפואיים התומכים בבקשתך.
- טופס הצהרה בדבר הכנסות (סעיף 5 בטופס זה), לרבות את כל המסמכים הנדרשים.
- טופס נלווה לבקשה.

כיצד יש להגיש את הבקשה

- הטופס ימולא ע"י הפונה בסיוע פקיד שיקום או פקיד תביעות איבה ויהיה חתום ע"י הפונה.
- יש למלא את הבקשה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש.
- **את הבקשה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
  - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
  - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט.www.btl.gov.il .

<u>חובה לחתום על הבקשה</u>

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

חותמת קבלה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך

דפים

בקשה לוועדת חריגים או לסיוע לפנים משורת הדין

1 פרטי המבקש

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה לנספה	מספר זהות ס"ב

מצב משפחתי ❑ רווק/ה ❑ אלמן/ה ❑ נשוי/אה ❑ פרוד/ה ❑ גרוש/ה ❑ ידוע/ה בציבור

מועד תחילת הזכאות

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי

טלפון נייד

דואר אלקטרוני:

_____@_____

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב

❑ 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.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2 פרטי החלל

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

תאריך האירוע	תאריך הפטירה

3 פרטי ילדים עד גיל 21

	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות
.1			שנה חודש יום	ס"ב
.2			שנה חודש יום	ס"ב
.3			שנה חודש יום	ס"ב
.4			שנה חודש יום	ס"ב

4 הצהרה בדבר סיוע ממקור אחר

האם פנית בעבר בבקשה דומה לגופים נוספים? נא פרט:

משרד האוצר בגין מלחמה או רדיפות הנאצים - לקבלת קצבת נכות	❑ לא ❑ כן	סוג הקצבה _____
מת"ש – לקבלת קצבה מצה"ל, שב"ס או המשטרה	❑ לא ❑ כן	סוג הקצבה _____
קצבה חודשית מחברת ביטוח (למעט ביטוח סיעודי)	❑ לא ❑ כן	סוג הקצבה _____
לכל מוסד אחר, פרט _____	❑ לא ❑ כן	סוג הקצבה _____

5 פרטים על הכנסות המבקש ובן/בת הזוג. (יש לצרף מסמכים ואישורים משלושת החודשים האחרונים).

על מנת שנוכל לבדוק בקשתך לסיוע, יש לצרף **תדפיסי חשבונות עו"ש רבעוניים** ואישור מהבנק על פיקדונות וחסכונות שלך ושל בן / בת הזוג.

	מקור הכנסה	סכום הכנסה חודשי בש"ח	
		הכנסות המבקש	הכנסות בן/בת זוג המבקש
.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 פרט:_____		
.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 פרט:_____		
.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.

במידה ואתה מסרב שנפנה למעסיקך לקבלת נתוני הכנסותיך , עליך להמציא 6 תלושי שכר ופנסיה מוקדמת לתקופה של שישה חודשים שקדמו להגשת התביעה.

6 הוצאות מיוחדות

הוצאות מיוחדות כגון דמי מזונות, ילד בפנימייה למי שאינו מקבל החזר מהמשרד, הוצאות רפואיות מיוחדות שאין עליהן סיוע וכו'. נא לצרף אישורים מתאימים.

_____

_____

7 תנאי דיור

מתגורר בדירה בת _____ חדרים, קומה _____ . מעלית ❑ יש ❑ אין בבעלות _____

בעל הדירה מתגורר בשכירות _____ .

דיור בשכירות: ❑חברה ציבורית מאכלסת ❑ דירת נ"ר ❑ דירת המשרד ❑ שכירות עצמית פרטית

עלות חודשית לשכירות בסך _____ ₪ לחודש.

ניתנת השתתפות משרדנו בשכ"ד בסך _____ ₪ לחודש, תקופת השכירות הנוכחית

מ _____ עד _____.

ניתנת השתתפות ממשרד השיכון/אחר בסך _____ ₪ מתאריך _____ עד תאריך _____

נכסים אחרים שבבעלות (דירות, מגרשים וכו') _____

8 פירוט הסיוע שניתן לפונה בעבר למטרות שונות

בסעיפים הבאים פרט מה סך הסיוע שניתן למטרות השונות: תאריך הסיוע, מטרת הסיוע וסכום הסיוע.
סיוע שאושר בסמכות חריגה: וועדה מייעצת, ועדת למ"ד או אחר. יש לציין זאת בהדגשה לצד הסיוע.
במידה ולא מומש הסיוע – יש לציין זאת.

	תאריך הסיוע	סכום הסיוע	מטרת הסיוע	סמכות האישור	הערות
דיור					❑דירה בשכירות ציבורית /נ"ר ❑ רכישה ❑ החלפת דירה ❑ משכנתא ❑ שיפוצים ❑ אחר _____
שכר דירה					
שיקום כלכלי					
סיוע אחרון לרכב לשימוש אישי או רפואי					
כיסוי חובות					
סיוע לשיקום לזכאי - לימודים					
סיוע אחר					

9 **ניכוי הלוואות –** לציין את כל ההלוואות הקיימות

	הלוואה מבנק _____ אחר _____	הלוואה מבנק _____ אחר _____	הלוואה מבנק _____ אחר _____	הלוואה מבנק _____ אחר _____	סה"כ
סכום הלוואה מקורי					
ריבית והצמדה					
מטרת ההלוואה					
מועד לקיחת ההלוואה					
מועד סיום ההלוואה					
החזר חודשי					
יתרת ההלוואה					
סך הכנסות חודשיות של המשפחה (נטו) _____ ₪					

10 **פרטי חשבון הבנק של המבקש**

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון	

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אני השותף לחשבון הבנק של: שם_____ ת.ז._____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

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

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

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 פרטי מושכי התשלומים.

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

_____	✕ _____	✕ _____
תאריך	חתימת מקבל התשלום	חתימת/חתימות השותפים לחשבון

11 הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
צירוף המסמכים המבוקשים מהווים תנאי לטיפול בבקשתי זו.

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.
הובא לידיעתי כי במידה ואגף שיקום נכים ימצא לנכון להשלים נתונים באמצעות פניה למאגרי מידע (מס הכנסה וביטוח לאומי), אזי אתבקש לתת בעתיד ובנפרד את הסכמתי לכך. הובהר לי כי אי הסכמה לכך עלולה להשפיע על ההחלטה בבקשה זו.

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_____ חתימת התובע ✘_____

טופס נלווה לבקשה

בקשה לסיוע מאת ועדת חריגים או ועדה לפנים משורת הדין

לכבוד

פקיד תביעות נפגעי איבה
המוסד לביטוח לאומי
סניף _____

אני מבקש לקבל סיוע מאת וועדת חריגים או הוועדה לפנים משורת הדין, מהסיבות הבאות:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

שם מלא _____ ת.ז. _____

תאריך _____ חתימה ✖ _____