בקשה למענק השתתפות במימון לימודים לילדי נכים / לאחים שכולים נפגעי פעולות איבה הלומדים במוסדות על-תיכוניים ואקדמיים

חובה לצרף לטופס זה

- **אישור מהמוסד על לימודים לשנת הלימודים הנוכחית**, יש לציין את התואר ואת מגמת הלימוד.
- **אישור ממוכן ממדור חשבונות הסטודנטים** המפרט את רכיבי שכר הלימוד.
- בחלק ב' יש להחתים את מוסד הלימודים, ולצרף טופס **אישור ממוכן ממדור החשבונות** של המוסד ובו מפורטים רכיבי שכר הלימוד.

כיצד יש להגיש את התביעה

- את טופס הבקשה יש לשלוח **רק בסיום הסמסטר הראשון** ללימודים, **בחודש מרס** של שנת הלימודים **הנוכחית** (לא יאוחר מאותה שנה).
- כל מגיש בקשה - ההורה הזכאי - ימלא את **חלק א'** של הטופס.
- הלומדים באחד המוסדות האקדמיים המפורטים להלן **ימלאו רק את חלק א'**:
  - האוניברסיטה העברית בירושלים
  - אוניברסיטת חיפה
  - אוניברסיטת תל אביב
  - אוניברסיטת בן גוריון בנגב
  - אוניברסיטת בר אילן
  - מכון ויצמן למדע ברחובות
  - בצלאל - אקדמיה לאומנות ועיצוב בירושלים
  - שנקר - בי"ס לאופנה וטקסטיל ברמת גן
  - האוניברסיטה הפתוחה
- הלומדים במוסדות הלימוד האחרים (מכללות, סמינרים וזכאים אחרים) ימלאו את **חלקים א' ו - ב'** בטופס.
- את טופס התביעה יש לשלוח או להביא לסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון 6050* או 04-8812345.
- **לידיעתך -** כל נכה נפגע פעולות איבה או הורה שכול שבנו / בתו לומד/ת במוסד אקדמי (אוניברסיטאות, מכללות, סמינרים וכיו"ב), רשאי להגיש בקשה למענק לימודים, **בתנאי שגילו של הלומד אינו עולה על 40 שנה.**
- לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

<u>חובה לחתום על טופס התביעה</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 למענק השתתפות במימון לימודים לילדי נכים / לאחים שכולים נפגעי פעולות איבה הלומדים במוסדות על - תיכוניים ואקדמיים

חלק א'

1 פרטים אישיים של הנכה או של ההורה השכול

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
דרגת נכות (רק לנכה)	מין ☐ זכר ☐ נקבה	תאריך לידה יום חודש שנה

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

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.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

האם כתובת בן/בת הזוג זהה לכתובתך? ☐ כן ☐ לא

2 הצהרת ההורה

אני מצהיר כי בני / בתי _____ שנולד בתאריך _____
בעל ת"ז _____ החל את לימודיו בתאריך _____ ולומד כיום בשנת הלימודים _____
שם המוסד _____ המען _____
כתלמיד / סטודנט מן המניין בשנה _____ מתוך _____ שנות לימוד במגמה / לתואר _____
אני מבקש את השתתפותכם בהוצאות שכר הלימוד כמפורט באישור מוסד הלימודים בחלק ב' של הטופס.
אם במשך שנת הלימודים יחול שינוי כלשהו בשכר הלימוד (כולל קבלת הנחה בשכר הלימוד, הפסקת לימודים וכו'), אני מתחייב להודיע על כך למשרדכם בהקדם.
אני מצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי לעיל ושיעור שכר הלימוד המפורט בחלק ב' של הטופס הם נכונים ומדויקים, וכי אני, החתום מטה, מממן את שכר הלימוד של בני / בתי.
הערה: ידוע לי, כי עם קבלת מענק ההשתתפות בשכ"ל בגין לימודי בני / בתי בכיתות י"ג - ט"ו (3 שנים) ברצף לאחר תיכון, אני ממצה זכותי לקבל מענק השתתפות במימון לימודים אקדמיים.
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 _____ חתימת מגיש הבקשה ✘_____

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

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

בקשה למענק השתתפות במימון לימודים לילדי נכים / לאחים שכולים נפגעי פעולות איבה הלומדים במוסדות על-תיכוניים ואקדמאיים

חלק ב' - אישור מוסד הלימודים

(הלומדים באחד ממוסדות הלימוד המפורטים ברשימה בעמוד הראשון לטופס אינם נדרשים למלא חלק זה)

1 פרטי התלמיד

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב	שם האב
תאריך לידה שנה חודש יום	שם המוסד	מען המוסד	טלפון קווי של המוסד

2 הצהרת מוסד הלימודים

אנו מאשרים, כי התלמיד הנ"ל לומד בשנת הלימודים _____ במוסדנו.

זוהי השנה מס' _____ מתוך _____ שנות לימוד למגמה / לתואר. התלמיד התחיל את לימודיו במוסדנו בתאריך _____ וההורים / התלמיד התחייבו בתשלום שכר לימוד בסך **(*)** _____ ₪ (במילים : _____)

בניכוי מלגות בסך _____ ₪. סכום זה הוא לאחר כל ההנחות שניתנו לתלמיד מכל מקור שהוא, ואינו כולל תשלומים אחרים כגון : דמי אחזקה בפנימייה, ספרים ותשלומים אחרים.

(*) ציין שכ"ל יסוד בלבד, לא כולל הוצאות נלוות או אחרות

חתימת המוסד	פרטי הפקיד	
	שם משפחה	שם פרטי
	התפקיד	
	תאריך _____	חתימת הפקיד ✘ _____