המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף קצבאות אזרחים ותיקים ושאירים

בל/ 2910

תביעה לדמי מחיה בעד יתום הזכאי לקצבת שאירים

חובה לצרף לטופס זה

- אישור מבית הספר התיכון או הכשרה מקצועית בהם לומד הילד. באישור תצוין הכיתה בה הוא לומד.
- ילד עד גיל 20 הלומד במוסד חינוכי (לא תיכון) – יש לצרף אישור בו יצוינו מספר שעות לימוד שבועיות.
- אם הילד מוחזק ע"י גוף ציבורי, יש להמציא אישור מהגוף המחזיק בילד, בו יפורט סכום ההחזקה החודשית ועבור מה היא ניתנת.
- אישורים על לימודים והכנסות שיצורפו יהיו מעודכנים לחודש ספטמבר של שנת הלימודים.

לידיעתך

- **הגמלה תשולם בעד תקופה רטרואקטיבית של עד 12 חודשים מיום הגשת התביעה.**

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.
  - לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.

- לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד 6050* או לפנות באמצעות אתר האינטרנט 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
אגף קצבאות אזרחים
ותיקים ושאירים

תביעה לדמי מחיה בעד יתום הזכאי לקצבת שאירים בשנת הלימודים _____

חותמת קבלה	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
	מס' זהות / דרכון סוג המסמך 01 דפים

מספר זהות המנוח

1 פרטי הילדים הלומדים בבית ספר תיכון או נמצאים בהכשרה מקצועית/ ילדים עד גיל 20 הלומדים במוסד חינוכי (לא תיכון)

	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי
שם הילד			
מס' זהות			
תאריך לידה			
שם המוסד החינוכי			
כיתת לימוד			
מס' שעות הלימוד בשבוע			
אם אינו גר בבית, נא לפרט היכן גר וע"י מי מוחזק			

2 פרטי תובע הגמלה

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת"ז	מין ☐ זכר ☐ נקבה

מצב משפחתי: ☐ רווק ☐ אלמן ☐ נשוי ☐ גרוש ☐ ידוע בציבור

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי/נייד	טלפון פקס	דואר אלקטרוני
		_____@_____

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

שם משפחה של איש קשר	שם פרטי של איש קשר	מס' זהות של 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 הרשומה למעלה)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

3 פירוט הכנסות

	מקור הכנסה	נא לסמן ליד כל אחד ממקורות ההכנסה המפורטים "יש" או "אין"
.1	עבודה שכירה	❑ אין ❑ יש, סכום: _____ ₪ ברוטו
.2	עבודה עצמאית	❑ אין ❑ יש, סכום: _____ ₪ ברוטו
.3	פנסיה מעבודה	❑ אין ❑ יש, סכום: _____ ₪ ברוטו
.4	פנסיית שאירים מכוח המנוח/ה, עבורך ועבור הילדים	❑ אין ❑ יש, סכום: _____ ₪ ברוטו
.5	פנסיה בחו"ל	❑ אין ❑ יש, סכום: _____ ₪ ברוטו
.6	רנטה בחו"ל	❑ אין ❑ יש, סכום: _____ ₪ ברוטו
.7	תגמולים ממשרד הביטחון או האוצר	❑ אין ❑ יש, סכום: _____ ₪ ברוטו
.8	דמי שכירות עבורך ועבור הילדים מדירה/קרקע/חנות/מבנה	❑ אין ❑ יש, סכום: _____ ₪ ברוטו
.9	ריבית מחסכונות או דיווידנד ממניות	❑ אין ❑ יש, סכום: _____ ₪ ברוטו
.10	אחר _____ (נא לפרט סוג הכנסה וגובהה)	❑ אין ❑ יש, סכום: _____ ₪ ברוטו

נא לצרף אישורים המעידים על הכנסותיך (כגון: חוזה שכירות, אישורים על תגמולים וכד').

לצורך בדיקת זכאותך לקצבה, ייתכן שנפנה באופן יזום למעסיקיך ולמשלמי הפנסיה שלך, לרבות כאלו שהיו לך או שיהיו לך בעתיד, כדי לקבל את נתוני הכנסותיך באופן דיגיטלי (ממוחשב). אם אינך מסכים ציין זאת:

❑ אני התובע מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים ולמשלמי הפנסיה שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי.

ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח הלאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

4 הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא 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.
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 פרטיהם של מושכי התשלומים.
אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך **אימות בעלותי בחשבון הבנק** כפי שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. **לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.**
ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.
במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.
כמו כן, אני מתחייב להודיע על כל שינוי במצב המשפחתי – נישואין/ידוע בציבור.
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 btldpo@nioi.gov.il.
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 ✘ _____