



תביעה לקצבת נכות כללית, הצהרה למחלקת הביטוח והגביה ותביעה להענקה מטעמי צדק *

חובה לצרף לטופס זה

- ↪ אישורי בדבר המצב הרפואי מקופ"ח המפרט את כל המחלות הכרוניות, הטיפולים והתרופות.
- ↪ סיכומי מחלה וכל חומר רפואי אחר (אם יש).
- ↪ אם אתה שכיר:
- ↪ אישורים על הכנסות מעבודה (תלושי שכר).
- ↪ אישורים של מעביד על ההכנסות ב- 15 החודשים האחרונים (נספח ג' חתום ע"י המעביד).
- ↪ אם קיבלת דמי מחלה או הפסקת לעבוד, חובה לצרף אישור מהמעביד (נספח ג' חתום ע"י המעביד).
- ↪ אם החותם על התביעה אינו תובע הגמלה עצמו, נא למלא גם את סעיף 3 ולהביא את האישורים הנדרשים בו.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ↪ את טופס התביעה יש לשלוח בדואר או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון 6050* או 04-8812345.
- ↪ מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

לידיעתך

- ↪ על פי חוק, תאושר הקצבה לכל היותר בעבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.
- ↪ זמן הטיפול בתביעה עלול להיות ממושך.
- ↪ אם לך ולבן/בת זוגך אין אמצעי מחיה, מוצע לך לבדוק את זכאותך להבטחת הכנסה.
- ↪ אם אתה בעל מוגבלות ברגליים, באפשרותך להגיש גם תביעה לגמלת ניידות.
- ↪ ייתכן, שיידרשו מסמכים נוספים לצורך קבלת הזכאות.
- ↪ המוסד לביטוח לאומי, לא ידון בתלונה על ליקוי רפואי בלי שיצורפו לכך מסמכים רפואיים רלוונטיים.

* אם התביעה תידחה בגלל חוב דמי ביטוח, השולל תשלום קצבה, ידון המוסד בזכות להענקה מטעמי צדק.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות

נכות כללית

תביעה לקצבת נכות כללית

הצהרה למחלקת הביטוח והגבייה ותביעה להענקה מטעמי צדק

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

חותמת קבלה

פרטי התובע

1

שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה בלועזית (אנגלית)*	שם פרטי בלועזית (אנגלית)*
תאריך לידה	תאריך עלייה	מספר זהות ס"ב	
שנה	שנה	יום	יום
חודש	חודש	חודש	חודש
יום	יום	יום	יום
מין	מצב משפחתי	ארץ לידה	
☐ זכר ☐ נקבה	☐ רווק/ה ☐ אלמן/ה ☐ פרוד/ה ☐ נשוי/אה ☐ גרוש/ה ☐ עגונה ☐ ידועה/בציבור	☐ ישראל ☐ אחרת	

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
		☐ אני מאשר קבלת הודעות SMS			

* אם ברשותך דרכון ישראלי, רשום את שמך כפי שרשום בדרכון. המידע דרוש לתעודת נכה.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

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

פרטים נוספים

2

השכלה

א. סך כל שנות הלימוד בבית-ספר (כולל אוניברסיטה): _____

ב. בית הספר האחרון שלמדת בו- שם בית הספר: _____ שם היישוב: _____

ג. קורסים שבהם למדת - שם הקורס: _____ משך הלימודים: _____

שם הקורס: _____ משך הלימודים: _____

פרטי בן/בת הזוג

שם משפחה של בן/בת הזוג	שם פרטי של בן/בת הזוג	מספר זהות של בן/בת הזוג ס"ב
רחוב	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד
מגורים		
☐ עם התובע ☐ אחר, פרט:		

האם אתה משלם מזונות לפי פסק דין שלא באמצעות ביטוח לאומי? ☐ כן ☐ לא

ילדים (למוסד לביטוח לאומי מידע על ילדיך הרשומים במשרד הפנים, ולכן איננו מבקשים פרטים עליהם)

האם יש לך ילדים עד גיל 24?	אם כן, עם מי מתגוררים הילדים?
☐ כן ☐ לא	☐ אתי ועם בן/בת זוגי ☐ אתי בלבד ☐ עם בן/בת זוגי בנפרד / גרוש/ה - בלבד

השלם פרטים על ילדים חורגים (עד גיל 24) ועל נכדים (עד גיל 24), שכל פרנסתם עליך התובע:

יחס קרבה	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות
1 ☐ חורג ☐ נכד			שנה _____ חודש _____ יום _____	_____
2 ☐ חורג ☐ נכד			שנה _____ חודש _____ יום _____	_____
3 ☐ חורג ☐ נכד			שנה _____ חודש _____ יום _____	_____

3 פרטי מגיש התביעה (ימולא אם התובע אינו מסוגל להגיש את התביעה בעצמו, עקב מצבו הבריאותי)

שם משפחה	שם פרטי	יחס קרבה לתובע	מספר זהות

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי _____ טלפון נייד _____
☐ אני מאשר קבלת הודעות SMS

פקס _____
☐ ייפוי כוח ☐ צו אפוטרופסות
☐ פסק דין : (אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין איזה וצרף העתק)

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

אם אין ברשותך האמור לעיל, אנא מלא – אני מבקש להתמנות כמקבל גמלה חתימה ✕ _____ תאריך: _____

4 פרטים על הנכות, אשפוזים וגורמים מטפלים

פרטים על הנכות

תיאור המחלה / הליקוי	התחיל בתאריך	החמרה מתאריך	אשפוז	מעקב במרפאת
			☐ כן ☐ לא	
			☐ כן ☐ לא	
			☐ כן ☐ לא	
			☐ כן ☐ לא	

5 הסכמה לקביעת רופא ללא נוכחות נא לחתום למטה אם אתה מעוניין שהנכות הרפואית תיקבע לפי מסמכים בלבד

אני מסכים בזה, שרופא יקבע את אחוזי נכותי הרפואית לפי מסמכים בלבד, ובלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שאף שהסכמתי לכך, יהיה עליי להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.

חתימת התובע ✕ _____

האם פנית לאחד מהגורמים האלה:

1	למשרד הביטחון בגלל פגיעה בשירות הצבאי?	☐ לא ☐ כן, צרף העתק של דוח הוועדה הרפואית
2	למשרד האוצר בגלל מלחמה או רדיפות הנאצים?	☐ לא ☐ כן, צרף העתק של דוח הוועדה הרפואית
3	לביטוח לאומי - ענף נפגעי עבודה, נפגעי איבה או אסירי ציון?	☐ לא ☐ כן, פרט: _____

עיסוק, עבודה, הכנסות מעבודה ותשלומים אחרים

6

עבודה בשנים האחרונות

☐ לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה: _____
☐ כן עבדתי

פרטים על עבודה (יש לרשום את הפרטים של כל עבודותיך ב-5 השנים האחרונות ולצרף אישורים בעבור 15 חודשים אחרונים)

סיבת הפסקת העבודה או השינוי	מס' שעות עבודה ביום / היקף משרה	תקופת העבודה		תפקיד	פרטי מקום העבודה	
		עד תאריך	מתאריך			
					(עבודה היום או עבודה אחרונה) שם: _____ כתובת: _____ מספר טלפון: _____ - _____ פקס: _____ - _____	1
					שם: _____ כתובת: _____ מספר טלפון: _____ - _____ פקס: _____ - _____	2
					שם: _____ כתובת: _____ מספר טלפון: _____ - _____ פקס: _____ - _____	3
					שם: _____ כתובת: _____ מספר טלפון: _____ - _____ פקס: _____ - _____	4

תשלומים בשל מחלה

האם ב- 15 החודשים האחרונים קיבלת או תקבלי **דמי מחלה** בעבור תקופות שבהן לא עבדת?

☐ לא

☐ כן, ☐ מהמעביד ☐ מקרן ביטוח _____ (צרף אישורים ומסמכים)

האם ב-15 החודשים האחרונים קיבלת או תקבלי **תשלום כלשהו מחברת ביטוח** עקב מחלה?

☐ לא

☐ כן, ☐ שם חברת הביטוח: _____ (צרף אישור, וכן העתק מפוליסת הביטוח)

הצהרה על הכנסות ופרטים אחרים

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

הצהרה על עבודה והכנסות ב- 12 החודשים האחרונים (נא להשלים פרטים ולצרף אישורים)

עבודה

- האם בן/בת הזוג עובד/ת היום? ☐ כן ☐ לא
- פרטי המעביד האחרון של בן/בת הזוג (שם, כתובת ומספר טלפון): _____
- האם לבן/בת הזוג הכנסות ב-12 החודשים האחרונים מעבודה? ☐ אין ☐ יש
- האם לבן/בת הזוג הכנסות ב-12 החודשים האחרונים מדמי מחלה? ☐ אין ☐ יש

בן/בת הזוג	הנכה	
☐ יש ☐ אין	☐ יש ☐ אין	4. דמי מזונות המשולמים לא על ידי ביטוח לאומי
☐ יש ☐ אין	☐ יש ☐ אין	5. פנסיה בישראל (לא כולל מביטוח לאומי)
☐ יש ☐ אין	☐ יש ☐ אין	6. תמיכה לתלמידי ישיבות או כוללים
☐ יש ☐ אין	☐ יש ☐ אין	7. פנסיה או רנטה מחו"ל
☐ יש ☐ אין ציין איזה _____	☐ יש ☐ אין ציין איזה _____	8. תגמול ממשרד הביטחון (לנכים, אלמנות, הורים שכולים)
☐ יש ☐ אין	☐ יש ☐ אין	9. תגמול מהאוצר לנכי מלחמה או רדיפות הנאצים
☐ יש ☐ אין	☐ יש ☐ אין	10. תשלומים מחברת ביטוח
☐ יש ☐ אין _____	☐ יש ☐ אין _____	11. פיצוי עקב נכות אם יש, ציין את הגורם המשלם
_____	_____	12. תשלומים שטרם שולמו (פנסיה, ביטוח)
☐ יש ☐ אין	☐ יש ☐ אין	הכנסה הונית: 13. הכנסה מריבית, דיורנד, תכנית חיסכון
☐ יש ☐ אין	☐ יש ☐ אין	הכנסה מרכוש: 14. הכנסה מהשכרת נכס
☐ יש ☐ אין _____	☐ יש ☐ אין _____	הכנסה ממקור אחר: 15. ציין את מקור ההכנסה וצרף אישור

צרף אישורים ל- 12 החודשים האחרונים

8

פרטי חשבון הבנק של התובע

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 ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

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.

_____ × _____ × _____
תאריך חתימת מקבל הגמלה חתימת/חתימות השותפים לחשבון קרבה לתובע

9

פרטים על תביעה לפיצויי נזיקין מצד שלישי

האם נכותך נגרמה מתאונה? (תאונה: תאונת דרכים או אחרת הנגרמת עקב רשלנות הזולת, רשלנות רפואית, תקיפה וכדומה)

תאריך התאונה

שנה			חודש			יום			

☐ לא ☐ כן, ציין סוג התאונה: ☐ תאונת דרכים ☐ אחרת

מקום אירוע התאונה ונסיבותיה: _____

☐ נמסרה הודעה למשטרה בתאריך - _____ מספר תיק _____
☐ לא נמסרה הודעה למשטרה

האם הגשת תביעה לפיצויי נזיקין? ☐ לא ☐ כן, פרט:

שם משפחה של הנתבע	שם פרטי של הנתבע	שם עורך הדין המייצג אותך בתביעה

כתובת עו"ד

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד				
פקס	דואר אלקטרוני				

הצהרה

10

אני מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ומלאים, ואני מאשר אותם בחתימת ידי. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים היא עברה על החוק.

תאריך _____ חתימת הנכה × _____ חתימת בן/בת הזוג × _____

שים לב: עליך לחתום על ההצהרה ועל 3 ויתורי הסודיות.

הצהרה

11

אני החתום מטה תובע גמלת נכות, ומצהיר 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 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 להיבדק לצורך שירותים מיוחדים, אם תהיה המלצה של רופא הסניף על בדיקה זו. כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך _____ חתימת התובע / מקבל הגמלה או מגיש התביעה ✕ _____

מלא וחתום על הטפסים שלהלן:

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

 אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____
 הגר ב _____
 מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שנתיק לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש או כל מסמך רפואי על אודותיי.
 תאריך _____ חתימה ✕ _____

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

 אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____
 הגר ב _____
 מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שנתיק לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש או כל מסמך רפואי על אודותיי.
 תאריך _____ חתימה ✕ _____

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

 אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____
 הגר ב _____
 מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שנתיק לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש או כל מסמך רפואי על אודותיי.
 תאריך _____ חתימה ✕ _____

נספחים

- א. מכתב לרופא המטפל
- ב. תעודה רפואית בעבור המוסד לביטוח לאומי
- ג. אישור על העסקת עובד (למילוי ע"י המעביד)
- ד. הצהרה למחלקת הגבייה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית

נספח א'

לכבוד
הרופא המטפל בקופ"ח / מרפאה

ד"ר נכבד,

המוסד לביטוח לאומי ערך בדיקה מקיפה בנושא גמלת נכות, והתברר, כי הזכאות לגמלה ומשך הטיפול בקביעת הזכאות מבוססים בעיקר על ידיעת מצבו הרפואי של התובע.

נודה לך אם תסייע לחולה שבטיפולך, תמלא באופן מפורט את הטופס המצורף ותחזירו אלינו באמצעות החולה.

רופא סניף הביטוח הלאומי בנושא נכות כללית ישמח לעמוד לרשותך, בכל שאלה או הבהרה שתידרש.

אם ברשותך תעודה ממוחשבת ובה המידע המעודכן המבוקש, אנא צרף אותה במקום הטופס המצורף.
אם יש מקום להשלמת פרטים, נודה לך על כך.

בברכה,

ד"ר מריו סקולסקי

מנהל רפואי

המוסד לביטוח לאומי

תעודה רפואית בעבור המוסד לביטוח לאומי

לחולים הסובלים מיתר לחץ דם או ממחלות לב					
6.	5.	4.	3.	2.	1. מדידות לחץ דם בחצי השנה האחרונה:
היפרטרופיה של החדר השמאלי: ☐ כן ☐ לא, לפי: 1. אק"ג מיום _____ 2. צילום חזה מיום _____ ממצאי בדיקת מאמץ מיום _____ : _____ ממצאי בדיקת אקו לב מיום _____ : _____					

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מס' זהות

נספח ב' (המשך)

לחולים הסובלים מסוכרת

סובל מסוכרת החל מ: _____

ערכי סוכר בדם בחצי השנה האחרונה: _____

ערכי HbA1C: _____

סיבוכים (עיניים, כליות, מערכת העצבים): _____

אנא צרף חוות דעת של רופאים מקצועיים שעניינו סיבוכי הסוכרת.

לחולים הסובלים ממחלת כליות כרונית

VII

תוצאות בדיקות מעבדה אחרונות:

ספירת דם: _____

בדיקת שתן כללית: _____

חלבון בשתן של 24 שעות: _____

פינוי קריטינין CCT: _____

Creatinine: _____

Urea: _____

תוצאות בדיקת US כליות

ממצאים מיום: _____ : _____

תוצאות IVP

ממצאים מיום: _____ : _____

לחולים הסובלים ממחלת ראות כרונית

VIII

תוצאות צילום חזה אחרון מיום: _____ : _____

תוצאות תפקודי נשימה מיום: _____ : _____

לחולים הסובלים מכיפיוו (Epilepsy)

IX

סוגי התקפים: _____

תדירות ההתקפים מכל סוג: _____

רמת תרופות בדם מיום: _____ : _____

תוצאות EEG אחרון מיום: _____ : _____

תוצאות CT מוח מיום: _____ : _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מס' זהות

טיפול תרופתי נוכחי

X

לחולים המקבלים טיפול כימותרפי או קרינתי

XI

מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה (ירידה במשקל, תלונות אחרות)? _____

תאריך אבחון המחלה	תאריך תחילת הטיפול	תאריך סיום הטיפול (או תאריך משוער)
-------------------	--------------------	------------------------------------

סוג הטיפול: _____

תדירות ומשך הטיפול: _____

פרטים נוספים והערות

XII

תוצאות בדיקות אחרות (הדמיה, EMG, תפקודי כבד, בלוטת התריס וכדומה)

מידע נוסף במרפאה מקצועית

האם יש מידע נוסף במרפאה חיצונית? ☐ אין ☐ יש, פרט: _____

שם המרפאה	כתובתה	שם הרופא המטפל	טלפון

הערות:

חתימת הרופא

XIII

תאריך _____ שם הרופא: _____ חתימה 



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

נספח ג'

אישור על העסקת עובד ושכר עבודה

חלק א'

I

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מספר זהות ס"ב

הנתונים על עבודת הנ"ל אצלנו הם כלהלן:

תקופת העבודה (הכוללת)

תחילת עבודה בתאריך _____ הפסקת עבודה בפועל בתאריך _____ הסיבה: _____

פרישה סופית מעבודה בתאריך* _____ (*תאריך ניתוק יחסי עובד-מעביד)

ממשיך לעבוד ☐

פרטים על היקף משרה

1. עבד במשרה חלקית? ☐ לא ☐ כן, מתאריך _____ שיעור חלקיות המשרה: _____

2. הסיבה לעבודה החלקית: _____

3. האם שולמו השלמות לשכר המשרה החלקית? ☐ לא ☐ כן, מהות התשלום: _____ מתאריך _____ עד _____

לעובדים היום

סוג העבודה והתפקיד הנוכחי: _____

דמי מחלה

1. ב-15 החודשים האחרונים, שולמו לנ"ל דמי מחלה? ☐ לא ☐ כן

דמי מחלה שולמו לתקופות:

מתאריך	עד תאריך
1	
2	
3	
4	
5	
6	

2. יתרת ימי מחלה שלא נוצלו: _____ ימים

3. תשלום דמי המחלה הוא על ידי קרן _____

תשלומים אחרים

1. האם שולמו (למעט דמי מחלה) תשלומים כלשהם מיום הפסקת העבודה בפועל ועד יום הפרישה (עד ניתוק יחסי עובד-מעביד) ☐ לא ☐ כן

2. האם מבוטח לעניין אי כושר עבודה בחברת ביטוח? ☐ לא ☐ כן, שם החברה _____ מהות התשלום: _____ מתאריך _____ עד _____

פרישה לפנסיה

הנ"ל פרש לפנסיה: ☐ לא ☐ כן, מיום _____ הפנסיה משולמת מקרן: _____

חתימת המעביד

II

שם המעביד	מספר תיק	כתובת המעביד

תאריך _____ שם החותם: _____ תפקידו: _____ חתימה x _____

נספח ג' (המשך)

פרטים על עבודה ב-15 החודשים האחרונים

חלק ב'										III
מס'	שנה	חודש	שיעור משרה (מלא/חלקי)	שולמו דמי מחלה (כן/לא)	סכום דמי מחלה	שכר החייב בדמי ביטוח	הפרשים או תוספות שנכללו בשכר (כגון: דמי הבראה, ביגוד, משכורת 13 וכיוצ"ב)			
							הסכום	מתייחס לתקופה מתאריך	עד	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

* כולל גם רכיבי שכר שאינם חייבים בתשלום דמי ביטוח. דמי מחלה ששילמו המעביד או קרן ביטוח - אין לכלול בשכר ברוטו.

המעביד		IV
הערות המעביד:		

תאריך	שם החותם:	תפקידו:
_____	_____	_____
חתימה וחותמת המפעל ✕		



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית

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

חותמת קבלה

נספח ד'

הצהרה והודעה על שינויים למחלקת הביטוח והגבייה

מלא את הטופס אם בתקופה כלשהי ב- 5 השנים האחרונות היית עובד עצמאי או שלא עבדת. (פרטי העסק בסעיף II וסעיף III ימולאו רק ע"י מי שהיה עובד עצמאי)

פרטים אישיים					
שם משפחה		שם פרטי		שם האב	
מספר זהות ס"ב					
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
		☐ אני מאשר קבלת הודעות SMS			
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

פרטי העסק					
שם העסק:					
רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
עיסוק או מקצוע אחרון			תאריך תחילת עבודה כעצמאי		
מס' שעות עבודה ממוצע לשבוע	מתאריך	מספר תיק מעביד			
אני מצהיר בזה כי בגלל: ☐ הפסקתי לעבוד מתאריך: ☐ צמצמתי את היקף עבודתי מתאריך: ☐ אני ממשיך לעבוד בהיקף מלא					
העסק: ☐ נסגר ☐ נמכר ☐ הושכר ☐ בתאריך: ☐ (צרף אישור מתאים)					
אחר: ☐					

הכנסות ב- 5 שנים אחרונות כולל שנה נוכחית (שוטפת) (צרף שומות מס הכנסה שברשותך)			
שנת מס	חודש ראשון	מספר חודשים	ההכנסה השנתית בש"ח ב- 5 שנים אחרונות
שנה שוטפת			מעסק, משלח יד, חקלאות, ריבית, השכרה, רכוש, פנסיה, גמלה

נספח ד' (המשך)

הצהרה

IV

אני מצהיר בזה שכל הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובצירופיה הם נכונים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י 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.

☐ (יסומן ב- ✓ כאשר עובד המוסד ממלא את טופס ההצהרה) הוקראו באוזניי כל הפרטים הרשומים בתביעה ואני מאשר בזה כי הם מתאימים לפרטים שמסרתי בעל-פה לעובד המוסד.

תאריך: _____ שם החותם: _____ חתימה ✕ _____

(סעיף זה לשימוש המוסד לביטוח לאומי)

V

אל מחלקת הביטוח והגביה, סניף _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מספר זהות ס"ב

כתובת					
רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	פקס

הנ"ל עבד כשכיר:

1	מתאריך	עד תאריך	☐ לפי אישור המעביד ☐ לפי ההצהרה בתביעה בלבד
	שם המעביד		מספר תיק הניכויים של המעביד
2	מתאריך	עד תאריך	☐ לפי אישור המעביד ☐ לפי ההצהרה בתביעה בלבד
	שם המעביד		מספר תיק הניכויים של המעביד
3	מתאריך	עד תאריך	☐ לפי אישור המעביד ☐ לפי ההצהרה בתביעה בלבד
	שם המעביד		מספר תיק הניכויים של המעביד
4	מתאריך	עד תאריך	☐ לפי אישור המעביד ☐ לפי ההצהרה בתביעה בלבד
	שם המעביד		מספר תיק הניכויים של המעביד

תאריך: _____ סניף: _____ שם וחתמת פקיד תביעות ✕ _____