



תביעה להבטחת הכנסה

תנאי זכאות ראשוני לגמלה להבטחת הכנסה

תושב ישראל שגילו - 20 שנה ומעלה למעט מקרים חריגים.

כמה דברים שכדאי לך לדעת:

זכאותך לגמלה תיבחן ממועד מסירת הטופס. לכן, הגש את הטופס ללא דיחוי, גם אם חסרים לך חלק

מהמסמכים שיש לצרף. יתכן שתידרש להמציא מסמכים נוספים.

אם אתה נשוי, או אם אתה גר עם בן או בת זוג – זכאותכם מותנית בכך ששניכם עומדים בתנאים הנדרשים.

מי אינו זכאי לקבל גמלה להבטחת הכנסה?

אדם הנמצא במוסד, וכל החזקתו על חשבון אוצר המדינה, כולל בית סוהר (בן או בת הזוג של אדם זה יכול לבדוק זכאות בנפרד!).

אדם המשרת שירות חובה בצה"ל וכן חבר קיבוץ או מושב שיתופי ובני זוגם.

תלמיד בישיבה או במוסד תורני או במוסד לימודים על תיכוני או במוסד להשכלה גבוהה.

בתנאים מסוימים לימודים של הורה יחיד לא ישללו זכאות לגמלה.

אדם שברשותו (כולל ברשות בן זוגו או ילדו), רכב או אופנוע ששווי מעל 41,373 ₪, למעט מקרים חריגים הקשורים במצב רפואי.

אדם שברשותו (כולל ברשות בן זוגו או ילדו), יותר מרכב אחד.

מי צריך להתייצב בשירות התעסוקה כתנאי לזכאות

אם אתה או בת זוגך אינכם עובדים, או אם אתם עובדים במשרה חלקית כלומר פחות מ-36 שעות בשבוע, עליכם לפנות ללשכת התעסוקה במקום מגוריכם כדי לקבל כל עבודה המתאימה למצב בריאותכם.

אם חלים עליך התנאים האלה, אינך צריך לפנות לשירות התעסוקה:

אם או אב שהוא הורה יחיד שיש עמו/ה ילד שטרם מלאו לו שנתיים.

אישה בהריון מהשבוע ה-13.

מי שחולה לפחות 30 ימים רצופים והמחלה טרם הסתיימה.

הורה המקבל קצבת ילד נכה בעד ילדו או מי שאחד מבני משפחתו (בן זוג, בן, בת, הורה), חולה וזקוק להשגחה רוב שעות היממה והוא גר עם החולה באותה דירה 45 ימים רצופים לפחות לפני שהגיש את התביעה.

מי שנמצא בתוכנית שיקום תעסוקתי בפיקוח משרד משלתי.

אסיר משוחרר לאחר תקופת מאסר 6 חודשים רצופים, אם עדיין לא חלפו חודשיים ממועד שחרורו, אסיר בעבודות שירות, מי שנמצא במעצר בית בשעות היום, או מי שמשיג על בן משפחה הנמצא במעצר בית.

מכור לסמים או לאלכוהול, מי שנמצא בתוכנית גמילה או בתוכנית שיקום.

לומד באולפן מטעם משרד הקליטה, חמישה ימים בשבוע בשעות הבוקר.

מי שמטופל במחלקה לדרי רחוב ברשות המקומית.

אישה במקלט לנפגעות אלימות השוהה בו יותר מ-30 ימים רצופים.

עובד במשרה מלאה (בהיקף של 36 שעות שבועיות ומעלה), או עובד במפעל מוגן

עובד במשק בית או בטיפול בילדים בהיקף של 25 שעות שבועיות ומעלה

עובד בטיפול בקשישים בהיקף של 15 שעות שבועיות ומעלה או המטפל בשלושה קשישים לפחות.

עובד עצמאי הרשום במחלקת הביטוח ו/או בעל עסק חדש אשר לא עברה שנה מפתיחת העסק ומקבל ליווי עסקי.

שים לב! לפני הגשת התביעה לסניף – אנא ודא כי:

מילאת את כל הפרטים, חתמת בכל המקומות, פירטת את הסיבה להגשת התביעה (אתה ובן או בת זוגך).

את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:

- למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.

- 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 וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

טופס זה מנוסח בלשון זכר, אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
הבטחת הכנסה

תביעה לגמלה להבטחת הכנסה

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> מס' זהות / דרכון </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> סוג המסמך דפים </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 01 </div> </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
--	---------------------------	-------------------

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> ס"ב </div>		

כתובת מגורים

מיקוד	יישוב	דירה	קומה	מס' בית	רחוב / תא דואר
טלפון קווי			טלפון נייד של התובע		טלפון נייד של בן/בת זוג

דואר אלקטרוני תובע: _____ @ _____ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.

דואר אלקטרוני בן/בת זוג: _____ @ _____ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.

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
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> ס"ב </div>		

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל לידעיתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי, יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

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

אני מתגורר בדירה ש:

בבעלותי בהשכרה אצל ההורים אצל קרובי משפחה במקום אחר, פרט: _____

2

מצב משפחתי

מצב משפחתי נוכחי – גם אם טרם שונה במשרד הפנים:

נשוי/ה גרושה אלמן/נה פרוד/ה מתאריך _____ יש למלא שאלון נפרדות
 רווק/ה ידוע/ה בציבור, מתאריך _____ ת.ז. _____
 האם אתה מתגורר עם חברה/ לחיים או עם בן/בת זוג לא כן, שם _____ ת.ז. _____ מתאריך _____

3

פרטי ילדים עד גיל 24

נא סמן את מקום הימצאותו של הילד					ת"ז	שם הילד
אחר	שירות לאומי או התנדבות או עתודה או קד"צ	אומנה או פנימייה	צבא	מתגורר איתי		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

• אם ישנם ילדים נוספים נא ציין את פרטיהם בדף נוסף.

4

פרטים על לימודים

תובע	בן/בת זוג
האם אתה לומד במוסד לימודים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם אתה לומד במוסד לימודים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
האם אתה לומד בישיבה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם אתה לומד בישיבה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

יש לצרף אישור ממוסד הלימודים, כולל תאריך תחילת הלימודים וסיומם, ימי לימוד, מספר השעות וסוג התעודה

5

פרטי רכב. אופנוע. טרנטור. טרנטורו. משאית

ילדים עד גיל 24	בן/בת זוג	תובע	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____	האם יש רכב בבעלותך?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מספר הרכב _____	

לידיעתך: החוק מאפשר התחשבות בשימוש ברכב לצרכים רפואיים לתקופה ממושכת.

על מנת שהרכב לא יחושב בבדיקת זכאותך לגמלת הבטחת הכנסה, נא לציין:
 האם הרכב שבבעלותך או בשימושך נדרש לצרכים רפואיים או לצרכי נייודת רפואית שלך או של בני משפחתך (בן/בת זוג, ילד, הורה בלבד)? לא כן, נא צרף אישורים רפואיים
בעל רכב: אם אתה חולה לפחות 30 ימים רצופים, אתה רשאי להפקיד את הרישיונות במשרד הרישוי לתקופת המחלה. יש לצרף אישור מקורי ממשרד הרישוי.

6

הסיבה להגשת התביעה

א. מדוע אתה מגיש את התביעה?

ב. כיצד התקיימת בשנה האחרונה? (מה היו מקורות ההכנסה שלך ושל בן/בת זוגך? כיצד שולמו ההוצאות הבסיסיות שלך, כגון מיסים והוצאות הבית?)

ג. האם יש לך קשר עם עובד סוציאלי? לא כן, נא ציין: את שם העובד הסוציאלי: _____
 מספר טלפון של העובד הסוציאלי: _____ שם הלשכה: _____

7

תעסוקה – לתשומת לבך, הגמלה להבטחת הכנסה כפופה למבחן הכנסות. מומלץ להשתמש במחשבון לבדיקת זכאות, הנמצא באתר המוסד לביטוח לאומי.

<u>תעסוקת בן/בת הזוג</u>	<u>תעסוקת התובע</u>
<p>האם אתה עובד היום? <input type="checkbox"/> כן, שם המעסיק _____</p> <p>מועד תחילת העבודה _____ היקף משרה(שעות שבועיות): _____ שכר ברוטו _____ ₪</p> <p><input type="checkbox"/> לא, מדוע? _____</p>	<p>האם אתה עובד היום? <input type="checkbox"/> כן, שם המעסיק _____</p> <p>מועד תחילת העבודה _____ היקף משרה(שעות שבועיות): _____ שכר ברוטו _____ ₪</p> <p><input type="checkbox"/> לא, מדוע? _____</p>
<p><input type="checkbox"/> האם עבדת בשנה האחרונה? <input type="checkbox"/> כן, שם המעסיק _____</p> <p>תאריך הפסקת העבודה _____</p> <p><input type="checkbox"/> לא</p>	<p><input type="checkbox"/> האם עבדת בשנה האחרונה? <input type="checkbox"/> כן, שם המעסיק _____</p> <p>תאריך הפסקת העבודה _____</p> <p><input type="checkbox"/> לא</p>
<p>האם שולמו לך פיצויים? <input type="checkbox"/> כן, סכום הפיצויים _____ ₪</p> <p><input type="checkbox"/> לא</p>	<p>האם שולמו לך פיצויים? <input type="checkbox"/> כן, סכום הפיצויים _____ ₪</p> <p><input type="checkbox"/> לא</p>

אם אתה עובד, נא צרף טופס אישור מעסיק "העסקת עובד" (אם אתה עובד אצל כמה מעסיקים, נא צרף טופס מכל מעסיק בנפרד). יש לצרף 3 תלושי שכר אחרונים.

8

פירוט הכנסות ונכסים חוץ מהכנסות מהמוסד לביטוח לאומי או הכנסות מעבודה

<u>מקור הכנסה/נכס</u>	<u>לתובע</u>	<u>לבן/בת הזוג</u>
פנסיה או רנטה בארץ או בחו"ל	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
תגמולים ממשרדי ממשלה: הביטחון, האוצר, הקליטה, הסוכנות	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
דמי שכירות מנכס	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
מזונות	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
תמיכה כלכלית קבועה	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____
אחר: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום: _____

האם אתה משלם מזונות? לא כן, יש לצרף פסק דין לתשלום מזונות והוכחות לתשלום.
נא לצרף אישורים המעידים על הכנסותיך (לדוגמה: הכנסה מפנסיה – תלוש פנסיה).

פירוט נכסים

בת זוג	תובע	הצהרה
<ul style="list-style-type: none"> • ניתן לסמן יותר מנכס אחד . • אם ידוע לך מספר גוש וחלקה ציין זאת • אם אין בבעלותך נכס - חובה לסמן אין בבעלותי <p><input type="checkbox"/> דירת מגורים בה אני גר</p> <p><input type="checkbox"/> דירה נוספת בכתובת _____ גוש וחלקה _____</p> <p><input type="checkbox"/> חנות בכתובת _____ גוש וחלקה _____</p> <p><input type="checkbox"/> מחסן בכתובת _____ גוש וחלקה _____</p> <p><input type="checkbox"/> קרקע</p> <p><input type="checkbox"/> אדמות חקלאיות</p> <p><input type="checkbox"/> משק חקלאי</p> <p><input type="checkbox"/> אחר, פרט _____</p> <p><input type="checkbox"/> אין בבעלותי נכס</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ניתן לסמן יותר מנכס אחד . • אם ידוע לך מספר גוש וחלקה ציין זאת • אם אין בבעלותך נכס - חובה לסמן אין בבעלותי <p><input type="checkbox"/> דירת מגורים בה אני גר</p> <p><input type="checkbox"/> דירה נוספת בכתובת _____ גוש וחלקה _____</p> <p><input type="checkbox"/> חנות בכתובת _____ גוש וחלקה _____</p> <p><input type="checkbox"/> מחסן בכתובת _____ גוש וחלקה _____</p> <p><input type="checkbox"/> קרקע</p> <p><input type="checkbox"/> אדמות חקלאיות</p> <p><input type="checkbox"/> משק חקלאי</p> <p><input type="checkbox"/> אחר, פרט _____</p> <p><input type="checkbox"/> אין בבעלותי נכס</p>	<p>יש לסמן האם בבעלותך אחד מהנכסים הבאים בארץ או בחו"ל</p>
<p><input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כן, יש לצרף חוזה שכירות</p>	<p><input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כן, יש לצרף חוזה שכירות</p>	<p>אני משכיר דירה או אחד מהנכסים שבבעלותי למישהו אחר</p>
<p><input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כן, פרט מי מתגורר בה _____</p>	<p><input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כן, פרט מי מתגורר בה _____</p>	<p>יש יחידות דיור או דירות שנבנו בסמוך, מעל או מתחת לבית מגוריי</p>
<p><input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כן</p>	<p><input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כן</p>	<p>אחד מהורי נפטר</p>
<p><input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____</p> <p>יש לצרף צו ירושה או צוואה וצו קיום צוואה</p>	<p><input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____</p> <p>יש לצרף צו ירושה או צוואה וצו קיום צוואה</p>	<p>קיבלתי דירה או נכס כלשהו בירושה או מתנה</p>
<p><input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____ גוש וחלקה _____ (אם ידוע לך)</p>	<p><input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כן, סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____ גוש וחלקה _____ (אם ידוע לך)</p>	<p>מכרתי או נתתי במתנה דירה או נכס כלשהו, לבן משפחה או אדם אחר בחמש השנים האחרונות</p>

תאריך _____ חתימת התובע ✕ _____ חתימת בת הזוג ✕ _____

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

להלן פרטי החשבון שיש להפקיד בו את תשלומי הגמלה, אם תאושר זכאותך.

שמות בעלי החשבון (כולל שותפים)

שמות בעלי החשבון (כולל שותפים)				
שם הבנק	שם הסניף וכתובתו	מס' סניף	מספר חשבון	חשבון מוגבל
				כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

11

הצהרת חשבונות בנק

האם קיימים על שמך, או על שם בן/בת הזוג, או על שם הילדים שבאחזקתך **חשבונות נוספים**, שלא מופיעים בטבלה לעיל מסוג: עו"ש פיקדונות שקליים, מט"ח, ניירות ערך, חסכונות, קרן השתלמות או כל השקעה אחרת.

כן לא

כן, נא פרט בטבלה

שם בעל החשבון	מספר חשבון	בבנק/ בית השקעות

נא לצרף להצהרתך אישור או תדפיס ריכוז יתרות ותדפיס עו"ש מהבנק, עבור שלושת החודשים האחרונים מכל החשבונות הפעילים והמוגבלים.

אני החתום מטה, מצהיר כי על שמי או על שם בן/בת זוגי או על שמם של ילדי, לא קיימים חשבונות בנק נוספים מעבר למפורט. כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על פתיחת חשבונות בנק נוספים על שמי או על שם בן/בת זוג או על שם הילדים.

אני/ מסכים/ים 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.**

שם התובע _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה

שם בן/בת הזוג _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה

12

הצהרה

אני / אנו הח"מ התובע/ים גמלה להבטחת הכנסה מצהיר/ים בזה, כי כל הפרטים שמסרנו בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים.
 ידוע לי/לנו, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה ע"פ חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים שהם בעלי חשיבות לעניין – דינו/דינה קנס כספי או מאסר.
 ידוע לי/לנו, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי/מסרנו בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי/נו לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני/אנו מתחייב/ים להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
 כמו כן אני/אנו מתחייב/ים להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי, כגון מצב משפחתי, מקום מגורים, לימודים, עבודה, מקורות הכנסה ועל כל יציאה מהארץ.
 אני/אנו מסכים/ים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוננו, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

תאריך _____ חתימת התובע * _____ חתימת בן/בת הזוג * _____

13

כתב ויתור סודיות והרשאה למסירת מידע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ב"ו
פרטי בן/בת הזוג	שם פרטי	שם משפחה
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ב"ו

אני הח"מ נותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו או לכל אדם אחר הפועל מטעם המוסד לביטוח לאומי או בעבורו, לקבל או למסור לביטוח לאומי כל מידע שביקש על אודותיי והמצוי ברשותכם, לרבות מידע על מצבי הרפואי, לרבות טיפולים בתחום הפסיכיאטרי, הסוציאלי, התפקודי או השיקומי בעבר ובהווה (כולל מידע בדבר סידור ילדיי במסגרת חוץ ביתית) וכן כל מידע בדבר נכות רפואית או אחרת שנקבעה לי לפי חוק הביטוח הלאומי או לצורך ביצועו של החוק האמור, וכן מידע על גמלאות ועל תשלומים אחרים מהמוסד לביטוח לאומי שלהם אני זכאי או הייתו זכאי, וכל מידע או מסמך הדרושים להחלטת המוסד, או כל מוסד בנקאי או עובד של מוסד בנקאי, וכן פרטים על חשבונות הבנק שלי ושלנו, וזאת בקשר לתביעה לקבלת גמלה להבטחת הכנסה.

תאריך _____ חתימת המבוטח * _____
 תאריך _____ חתימת בן/בת זוג * _____

אישור המעסיק על העסקת עובד



שירות התעסוקה הישראלי



המוסד לביטוח לאומי
הבאים, בהם יוגש האישור

- יש להגיש את האישור לשני המשרדים: 1. לשירות התעסוקה 2. לביטוח לאומי, למעט:
- רק בביטוח לאומי:
 - עובד בהיקף של 36 שעות שבועיות ומעלה.
 - עובד במשק בית או טיפול בילדים בהיקף של 25 שעות שבועיות ומעלה.
 - עובד בטיפול בקשישים בהיקף של 15 שעות שבועיות ומעלה או המטפל בשלושה קשישים לפחות.

פרטים על העובד

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
----------	---------	-----------

פרטים על עבודה והיקף משרה

הנ"ל מועסק אצלי על בסיס עובד חודשי/יומי. היקף משרה: מלאה חלקית % המשרה _____
 בימים: א, ב, ג, ד, ה, ו (הקף בעיגול) בשעות _____
 אם העובד מטפל בקשישים, יש לציין את מספר הקשישים שבהם אתה מטפל _____
 האם קיימת אפשרות להגדיל את היקף המשרה לא כן, ב- _____ שעות בחודש

תאריך תחילת העבודה _____ מס' שעות עבודה בשבוע _____ סה"כ שעות עבודה בחודש _____

תשלומים

פירוט השכר ברוטו ל- 3 החודשים האחרונים (כולל נסיעות)

חודש _____ סך _____ ₪
 חודש _____ סך _____ ₪
 חודש _____ סך _____ ₪

באיזה אופן משולם השכר?
 לחשבון הבנק בהמחאה במזומן

בסיס השכר:
 לפי שעה, הסכום לשעה _____ ₪
 לפי יום, הסכום ליום _____ ₪
 לפי חודש, הסכום לחודש _____ ₪

שימוש המוסד לביטוח לאומי

תשלומים נוספים (כגון משכורת 13, בונוסים)

ביגוד לא כן, סכום _____ תאריך תשלום אחרון _____
 הבראה לא כן, סכום _____ תאריך תשלום אחרון _____
 האם תשלומי ההבראה מועברים בתשלום אחד או יותר?
 כן לא, מס' תשלומים _____

תשלומים אחרים
 לא כן, בעבור _____
 סכום _____ ₪ תאריך תשלום אחרון _____

פרטים נוספים לשימוש המוסד לביטוח לאומי

קשרי משפחה	האם קיים קשר משפחתי בינך לבין העובד? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, רשום את סוג הקרבה: _____
שימוש ברכב המעסיק	האם העובד משתמש ברכב המעסיק? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, רשום את מספר הרישוי: _____
האם העובד משתמש ברכב לאחר שעות העבודה?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן

פרטי המעסיק לשימוש שני המשרדים

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
שם המעסיק/מפעל/קיבוץ/מעביד		<input type="checkbox"/> אין תיק ניכויים <input type="checkbox"/> מספר תיק ניכויים _____
טלפון	טלפון נייד	מספר פקס
כתובת, מס' בית, ישוב, מיקוד		
אני מצהיר שכל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ומלאים וידוע לי שלפי סעיפים 414 ו-418 – לחוק העונשין תשל"ז – 1977 עשיית מסמך הנחזה להיות את אשר איננו או העשוי להטעות, היא עברה פלילית שדינה מאסר עד 5 שנים		
תאריך	חתימה X	חותמת המעביד

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> מס' זהות / דרכון </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> סוג המסמך </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> דפים </div> </div>		<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 7 8 </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
הבטחת הכנסה



כתב ויתור סודיות רפואית
רק למילוי ע"י התובע

שם הגמלה: הבטחת הכנסה

פרטים אישיים			
	<p>תאריך תביעה</p> <div style="display: flex; justify-content: center; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> שנה חודש יום </div>	<p>מספר זהות</p> <div style="display: flex; justify-content: center; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> מספר זהות </div>	<p>קוד גמלה</p> <p style="font-size: x-large; font-weight: bold;">07</p>
שם פרטי		שם משפחה	
<p>חבר בקופת חולים</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____ </p>			

הצהרה
<p>הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.</p> <p style="text-align: center;"> תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____ </p>

<table border="1"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table> <p>מס' זהות / דרכון</p>													<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>
<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">8</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>סוג המסמך</p>	7	8			<p>דפים</p>								
7	8												

חותמת קבלה

עמוד 9 מתוך 9

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
הבטחת הכנסה



כתב ויתור סודיות רפואית
רק למילוי ע"י בן/בת זוג

שם הגמלה: הבטחת הכנסה

פרטים אישיים

	<p>תאריך תביעה</p> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table> <p>שנה חודש יום</p>											<p>מספר זהות</p> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>													<p>קוד גמלה</p> <p style="font-size: 24px;">07</p>
שם פרטי		שם משפחה																							
חבר בקופת חולים																									
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____																									

הצהרה

הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____



נספח – הפניה ללשכת התעסוקה

יש למלא טופס זה ולמסור אותו בלשכת התעסוקה, כדי לקבל עבודה התואמת את מצב בריאותך

הצהרה לשירות התעסוקה

תאריך: _____

לכבוד

שירות התעסוקה

לשכה: _____

פרטי התובע

אני מצהיר בזאת שאני הח"מ הגשתי תביעה להבטחת הכנסה בתאריך _____ בסניף _____

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב.ו.

אני מצהיר בזאת, כי ידוע לי שעלי לפנות מיד לשירות התעסוקה, להתייצב כפי שיידרש ממני, ולקבל כל עבודה מתאימה שתוצע לי.

אינני עובד אני עובד בהיקף של _____ שעות בשבוע, אצל: _____

ידוע לי, כי לעניין חוק הבטחת הכנסה "עבודה מתאימה" היא כל עבודה המתאימה למצבי הבריאותי ולכושרי הגופני, וכי עלי להירשם כתובע הבטחת הכנסה. כן ידוע לי, שאם לא אנהג לפי הוראות שירות התעסוקה, או שאסרב לקבל כל עבודה מתאימה שיציעו לי, יגרום הדבר לשלילת הזכאות לגמלה להבטחת הכנסה לחודש הסירוב ולחודש שאחריו. אני מסכים בזאת שהמוסד לביטוח לאומי יעביר לשירות התעסוקה כל מידע או תיעוד על אודותי הנמצא בידיו, והדרוש לצורך טיפול בהשמתי בעבודה.

אני מצהיר בזאת כי (נא סמן את הסעיף המתאים):

לא הגשתי תביעה לנכות למוסד לביטוח לאומי הגשתי תביעה לנכות כללית למוסד לביטוח לאומי

המוסד לביטוח לאומי אישר לי _____% נכות התקפים למועד זה. מצ"ב קביעת מחלקת נכות.

חתימת התובע ✕ _____ תאריך _____

פרטי בן/בת זוג

אני מצהיר בזאת שאני הח"מ הגשתי תביעה להבטחת הכנסה בתאריך _____ בסניף _____

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב.ו.

אני מצהיר בזאת, כי ידוע לי שעלי לפנות מיד לשירות התעסוקה, להתייצב כפי שיידרשו ממני, ולקבל כל עבודה מתאימה שתוצע לי.

אינני עובד אני עובד בהיקף של _____ שעות בשבוע, אצל: _____

ידוע לי, כי לעניין חוק הבטחת הכנסה "עבודה מתאימה" היא כל עבודה המתאימה למצבי הבריאותי ולכושרי הגופני, וכי עלי להירשם כתובע הבטחת הכנסה. כן ידוע לי, שאם לא אנהג לפי הוראות שירות התעסוקה, או שאסרב לקבל כל עבודה מתאימה שיציעו לי, יגרום הדבר לשלילת הזכאות לגמלה להבטחת הכנסה לחודש הסירוב ולחודש שאחריו. אני מסכים בזאת שהמוסד לביטוח לאומי יעביר לשירות התעסוקה כל מידע או תיעוד על אודותי הנמצא בידיו, והדרוש לצורך טיפול בהשמתי בעבודה.

אני מצהיר בזאת כי (נא סמן את הסעיף המתאים):

לא הגשתי תביעה לנכות למוסד לביטוח לאומי הגשתי תביעה לנכות כללית למוסד לביטוח לאומי

המוסד לביטוח לאומי אישר לי _____% נכות התקפים למועד זה. מצ"ב קביעת מחלקת נכות.

חתימת התובע ✕ _____ תאריך _____

<p>אם יש לך ילדים בני 18 – 24 באחת המסגרות: התנדבות למטרה ציבורית, עתודה, מסגרת קדם צבאית – יש לצרף אישור מוסמך מהמסגרת המתאימה. אישור או תדפיס ריכוז יתרות ותדפיס עו"ש מהבנק עבור 3 חודשים מכל החשבונות הפעילים והמוגבלים.</p>	<p>לכל התובעים</p>
<p>טופס אישור מעסיק על העסקת עובד. שלושה תלושי שכר אחרונים</p>	<p>עובד</p>

מחוסר עבודה	אישור על מועד הפסקת העבודה שלך או של בן/בת זוגך
הכשרה מקצועית או לימודים	אישור ממקום הלימודים ובו ציון תאריך תחילת הלימודים וסיומם. תלמיד בהכשרה מקצועית- אישור השתתפות בלימודים בחודש הראשון ומדי חודש בחודשו
אשפוז או מחלה- כאשר אינך מסוגל לעבוד 30 ימים רצופים לפחות	תעודה רפואית המציינת אי כושר לעבודה מתאריך עד תאריך – הכולל אבחנה רפואית. אם עבדת עד מחלתך – יש להמציא לנו תלוש שכר ואישור מעסיק או חברת הביטוח על זכאותך לדמי מחלה המפרט: מספר ימי מחלה הכוללים בתשלום (מתאריך עד תאריך), ועבור אילו חודשים בוצע התשלום.
פרודה	אם יש בידיך פסק דין למזונות – יש לצרפו
גרוש או רווק עם ילדים	הסכם גירושין או פסק דין למזונות או הסכם ממון.
אישה הרה	אישור מרופא נשים המציין את מועד תחילת ההריון או שבוע ההריון.
בן/בת זוג במעצר או במאסר	אישור משטרה או שירות בתי הסוהר על תחילת מעצר או מאסר ותאריך סיום מלא ובניכוי שלישי.
אסיר בעבודות חוץ	אישור על ביצוע עבודות שירות מהממונה על עבודות השירות.
מעצר בית או פיקוח על מעצר	צו בית משפט על קביעת מעצר בית. אישור בית משפט או עורך דין על מועד הדין הבא.
גמילה מסמים או מאלכוהול	אישור על תאריך תחילת שהותך במרכז הגמילה ואישור חודשי על שיתוף פעולה. אם אתה בטיפול המחלקה לשירותים חברתיים – יש לצרף את תכנית הטיפול.
מרכז שיקום ואבחון או תכנית שיקומית	אישור על תחילת תהליך השיקום, אישור על שיתוף פעולה בכל חודש.
שיקום האסיר	דו"ח מהרשות לשיקום האסיר על תהליך השיקום, משך התקופה ואישורי השתתפות.
קטין נטוש או יתום	אישור או פרוטוקול של החלטת ועדה מהלשכה לשירותים חברתיים.
השגחה	אישור רפואי בו יצוין הצורך בהשגחה תמידית על החולה.
אישה במקלט	אישור על תאריך כניסה למקלט לנפגעות אלימות, אם יצאת מהמקלט – תאריך יציאה.
לימודים באולפן	אישור ממקום הלימודים וכן תאריך תחילת הלימודים וסיומם. פירוט ימים ושעות הלימוד.
דר רחוב	אם אתה בטיפול המחלקה לשירותים חברתיים, יש לצרף דוח של עובד סוציאלי המטפל בך.
<p>באפשרותך למלא את טופס התביעה ולשלוח את המסמכים און ליין (באופן מקוון) באמצעות אתר האינטרנט</p> <p>www.btl.gov.il</p>	