



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לתשלום תוספת
תלויים לידי בן/בת זוג
לזכאי קצבת נכות

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג		המסמך		דפים					

עמוד 1 מתוך 2

אבקש לשלם לי במישרין את תוספת התלויים בעבור (ניתן לסמן יותר מאפשרות אחת):
☐ בן / בת זוג ☐ ילדים שבגמלת הנכה (הרשום מטה)

1 פרטי הנכה

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות

ס"ב

כתובת

רחוב / תא דואר

מס' בית

כניסה

דירה

יישוב

מיקוד

2 פרטי בן/בת הזוג

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות

ס"ב

האם את/ה מתגורר/ת עם הנכה? ☐ כן (עבור לסעיף מס' 3) ☐ לא (נא מלא את כתובתך בסעיף הבא)

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 הרשומים למעלה)

רחוב / תא דואר

מס' בית

כניסה

דירה

יישוב

מיקוד

3 פרטי הילדים

☐ הילדים הנ"ל נמצאים בהחזקתי ואני מפרנסת אותם

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות

ס"ב

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות

ס"ב

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות

ס"ב

4

יש 

☐ יש, ההכנסה החודשית החייבת בדמי ביטוח בגובה _____ ₪ (צרף תלושי שכר או מכתב מעסיק)

פרטי מקום העבודה

שם המוסד או המעביד או המפעל:

טלפון

מיקוד		ישוב		דירה	כניסה	מס' בית	רחוב

1

יש 



 יש. מקור ההכנסה:

הסכום הכולל לחודש: ₪

6

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

שמות בעלי החשבון

מספר חשבון		שם הבנק	
מס' סניף	שם הסניף / כתובתו		

7

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה הם נכונים ומלאים.
ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ב'ודעין למתן מענק לפי חוק זה או להגדלתו על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.
אם בקשתי תאוצר, אני מתחייב:

- להשתמש בתשלום תוספת תלויים לטובתם ולרווחתם של התלויים עבורם אקבל את התשלום.
 - למסור למוסד לביטוח לאומי, על פי דרישתו, דו"ח על השימוש בכספי הקצבה והעתקים של מסמכי הבנק.
 - להודיע מיד על כל שינוי הקשור בתלויים או בי כמקבל גמלה.
- ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לתשלום תוספת תלויים או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
- אני מתחייב בזה להודיע למוסד לביטוח לאומי ללא דיחוי על כל שינוי שיחול במצבי המשפחתי, התעסוקתי או בהכנסותי מעבודה ושלא מעבודה.

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.

התביעה לא תטופל בלי חתימתך

x חתימת התובע

תאריך