



תביעה להבטחת הכנסה - טופס למילוי בעבור קטין

קטין זכאי לקבל גמלה להבטחת הכנסה כאשר הוא עונה על אחד מהתנאים האלה:

1. תושב ישראל שהוא:
 - "ילד יתום" – יתום משני הוריו, או יתום מהורה אחד וההורה השני נעדר (נמצא בכלא, ניתק קשר או חי בחו"ל).
 - "ילד נטוש" – ילד שהוריו נטשו אותו בישראל, בתנאי שאחד מהוריו תושב ישראל, או ילד שהורה תושב ישראל נטש אותו וההורה השני נפטר, נעדר או שאינו מתגורר איתו ובאופן קבוע ואינו ממלא את חובותיו כלפי בנו.
2. טרם מלאו לילד 18 שנים.
 - מלאו לילד 18 שנה וטרם מלאו לו 20 שנה ועיקר זמנו מוקדש לסיום לימודיו במוסד חינוכי על יסודי.
 - טרם מלאו לילד 20 שנה והוא נמצא במכינה קדם צבאית שהוכרה ע"י משרד הביטחון.
 - טרם מלאו לילד 24 שנה והוא נמצא בשירות לאומי או בעתודה לפני שירות צבאי.

אינו זכאי לקבל גמלה להבטחת הכנסה

- ילד מאומץ הנמצא במשמורתו של ההורה המאמץ.
- ילד שאוצר המדינה או הרשות המקומית נושאים בהחזקתו, ונמצא בפנימייה על חשבון רשויות הרווחה.
- למעט בחופש הגדול, בחופשת ראש השנה, בסוכות ובפסח.

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/בת זוג – זכאותכם מותנית בכך ששניכם עומדים בתנאים הנדרשים.

שים לב! לפני הגשת הטפסים לסניף – נא ודא כי:

- מילאת את כל הפרטים חתמת בכל המקומות, פירטת את הסיבה להגשת התביעה (אתה ובן או בת הזוג שלך).
- תביעה שלא ימולאו בה כל הפרטים, תוחזר בדואר. לפיכך, הקפד למלא את כל השאלות בטופס.
- צירפת את כל המסמכים שנדרשו. אם יש קושי בהמצאת מסמך מסוים – נא ציין את הסיבה לכך.
- לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון שמספרו *6050 או 04-8812345, או להגיע לסניף הקרוב.
- מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il
- לבירורים אישיים מומלץ לפנות לסניף הביטוח הלאומי הקרוב לאזור מגוריך.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
הבטחת הכנסה

תביעה לגמלה להבטחת הכנסה

קטין

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מספר זהות / דרכון סוג המסמך דפים	0 1

חותמת קבלה

1

פרטי הקטין

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	שם האם
תאריך לידה	שנה חודש יום	מספר זהות ס"ב	
מצב משפחתי נוכחי: <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אחר, פרט			

כתובת מגורים

רחוב / תא דואר	מס' בית	קומה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות sms			

כתובת למשלוח דואר

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

אני שוהה אצל

- קרוב משפחה שם: _____ סוג הקרבה: _____
- פנימייה, בחופשות מתארח אצל: _____ יש לצרף אישור על תקופת החופשה מהפנימייה
- אחר _____

2

פרטי העובד הסוציאלי

שם העובד הסוציאלי המטפל	כתובת העובד הסוציאלי למשלוח דואר	טלפון להתקשרות
-------------------------	----------------------------------	----------------

3

פרטי מגיש התביעה בשם הקטין

שם משפחה	שם פרטי	קרבה לקטין	מספר זהות ס"ב
כתובת למשלוח דואר			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי	טלפון נייד		

פרטי הגוף המגיש את התביעה בשם הקטין

שם אפטרופוס (אם נקבע) _____ יש לצרף פרוטוקול בית הדין למינוי אפטרופוס	תאריך ועדת תכנון, טיפול והערכה אחרונה של הלשכה לשירותים חברתיים
--	--

פרטי אחים עד גיל 24

4

האם גר איתך?	תאריך לידה	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
כן <input type="checkbox"/> לא, ציין היכן: <input type="checkbox"/>	שנה חודש יום			
כן <input type="checkbox"/> לא, ציין היכן: <input type="checkbox"/>	שנה חודש יום			
כן <input type="checkbox"/> לא, ציין היכן: <input type="checkbox"/>	שנה חודש יום			
כן <input type="checkbox"/> לא, ציין היכן: <input type="checkbox"/>	שנה חודש יום			

סיבת הגשת התביעה

5

מהי הסיבה להגשת התביעה (יש להתייחס למצב ההורים ולקשר עימם) _____

פרטים על לימודים

6

האם אתה לומד? לא כן

נא פרט למטה את פרטי מוסד הלימודים:

שם מוסד הלימודים וכתובתו	כיתה
יש לצרף אישור ממקום הלימודים	

רכב לקטין מעל גיל 17

7

האם יש ברשותך או ברשות אחיך (בתנאי שאתם מתגוררים ביחד) רכב? לא כן, פרט _____

תעסוקה (לקטין מעל גיל 16)

8

האם אתה עובד היום? לא כן, פרט את פרטי המעסיק _____

פירוט הכנסות ונכסים נא ציין כל אחד ממקורות ההכנסה האלה (אם יש לך וגם אם אין):

9

מקור הכנסה/נכס	לתובע (קטין)	לאח או אחים (עד גיל 24) הגר/ים איתך
שכר עבודה	כן, סכום: _____ לא <input type="checkbox"/>	כן, סכום: _____ לא <input type="checkbox"/>
תגמולים ממשד הביטחון או הקליטה	כן, סכום: _____ לא <input type="checkbox"/>	כן, סכום: _____ לא <input type="checkbox"/>
מזונות	כן, סכום: _____ לא <input type="checkbox"/>	כן, סכום: _____ לא <input type="checkbox"/>
תוספת של אחד מהוריך	כן, סכום: _____ לא <input type="checkbox"/>	כן, סכום: _____ לא <input type="checkbox"/>
אחר: חסכונות, דירה מושכרת וכו' _____	כן, סכום: _____ לא <input type="checkbox"/>	כן, סכום: _____ לא <input type="checkbox"/>

נא לצרף אישורים המעידים על הכנסותיך

פרטי ההורים של התובע (יש למלא סעיף זה אם ההורים אינם בחיים)

שם האב	מספר זהות 
שם האם	מספר זהות 

הכתובת שבה התגוררו ההורים

רחוב / תא דואר	מס' בית	קומה	דירה	יישוב	מיקוד

נכסי ההורים

פרט את נכסי ההורים (דירה, קרקע, מגרש, מבנה) _____
 האם הנכסים הועברו בירושה או במתנה לך או לאחריך? לא כן, _____
 האם הנכס מושכר? לא כן, צרף חוזה שכירות _____

הערה חשובה: הגמלה תועבר רק לחשבון הרשום על שם הקטין או האפוטרופוס או מי שמונה לקבל את הגמלה.

פרטי חשבון הבנק שאליו תועבר הגמלה

פרטי חשבון הבנק של התובע, אפוטרופוס או ממונה לקבלת הגמלה.
 להלן פרטי החשבון שבו יש להפקיד את תשלום הגמלה, אם תאושר זכאות.

שמות בעלי החשבון (כולל שותפים)

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אם חשבון הבנק שאליו תופקד הגמלה מוגבל, נא לחתום על ההצהרה הזו:

אם אהיה זכאי לגמלה:

אני מעוניין לקבל גמלה באמצעות כרטיס נטען (כרטיס שבאמצעותו תוכל למשוך רק את כספי הגמלה מביטוח לאומי), לשם כך, עליך לפנות לסניף ביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.

ידוע לי, שהחשבון נמצא ברשימת החשבונות המוגבלים, וכי הבנק לא יאפשר לי למשוך כספים מחשבון זה. אני מתחייב בזה שלא להעלות נגד המוסד לביטוח לאומי כל טענה נגד תשלום לחשבון זה, או כל טענה בגין אי קבלת הכספים. כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על פתיחת חשבונות נוספים על שמי או על שם בן/בת זוג או על שם הילדים.

שם התובע _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה ✕ _____

אני הח"מ התובע גמלה להבטחת הכנסה מצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה ע"פ 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

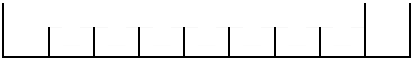
כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל שינוי לגבי הפרטים שנמסרו בתביעה, כגון: מצב משפחתי, מקום מגורים, לימודים, עבודה, מקורות הכנסה ועל כל יציאה מהארץ.

אני מסכים 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.

חתימת התובע ✕ _____ תאריך _____

שם מגיש התביעה בשם הקטין (עו"ס, בן משפחה וכיו"ב) _____ חתימה ✕ _____

כתב ויתור סודיות והרשאה למסירת מידע לגבי הקטין

שם התובע	מספר זהות
	<div style="text-align: right; margin-right: 20px;">ס"ב</div> 

אני הח"מ נתן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו או לכל אדם אחר הפועל מטעם המוסד לביטוח לאומי או בעבורו, לקבל או למסור למוסד לביטוח לאומי כל מידע שיבקש על אודותיי או אודות קטין, המצוי ברשותכם, 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 או לקטין לפי חוק הביטוח הלאומי או לצורך ביצועו של החוק האמור, וכן מידע על גמלאות ועל תשלומים אחרים מהמוסד לביטוח לאומי שלהם אני או הקטין זכאי או הייתי זכאי. וכל מידע או מסמך הדרושים להחלטת המוסד, או כל מוסד בנקאי או עובד של מוסד בנקאי, וכן פרטים על חשבונות הבנק של או של הקטין וזאת בקשר לתביעה לקבלת גמלה להבטחת הכנסה.

בלי לגרוע מהאמור לעיל, אני או הקטין מתירים בזה למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו, למסור מידע, מסמך, תעודה, חוות דעת, תפקודית או אחרת, המצוי ברשות המוסד לביטוח לאומי בדבר מצבי הבריאותי, התפקודי, הסוציאלי, השיקומי או בדבר גמלאות ותשלומים אחרים שלפי חוק הביטוח הלאומי אני או הקטין זכאים להם.

אני או הקטין משחרר ופוטר אתכם מחובת השמירה על סודיות כלשהי אחרת, ומוותר בזה על כל טענה בקשר לסודיות אחרת, בלי יוצא מן הכלל, ולא תהיה לי או לקטין אליכם כל טענה או תביעה מסוג כל שהוא למסירת מידע כאמור.

חתימת התובע ✕ _____ תאריך _____

שם מגיש התביעה בשם הקטין (עו"ס, בן משפחה וכיו"ב) _____ חתימה ✕ _____

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
הבטחת הכנסה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: הבטחת הכנסה

פרטים אישיים

קוד גמלה 07	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה	שם פרטי
		שנה חודש יום	
שם משפחה		שם פרטי	

חבר בקופת חולים

כללית מאוחדת מכבי לאומית אחר _____

הצהרת התובע

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ונותן 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 שיבקש אודותי והמצוי ברשותכם, לרבות מידע על מצבי הרפואי, לרבות טיפולים בתחום הפסיכיאטרי, הסוציאלי, התפקודי או השיקומי בעבר ובהווה (כולל מידע הנוגע לסידור ילדי במסגרת חוץ ביתית).

תאריך _____ חתימת התובע ✕ _____

הצהרת מגיש התביעה

אני הח"מ, המגיש את התביעה בשם הקטין הנ"ל, מוותר על הסודיות הרפואית של הקטין ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלה, מצב רפואי, טיפול שניתן, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי, שיקומי או פסיכיאטרי אודות הקטין.

תאריך _____

שם מגיש התביעה בשם הקטין (עו"ס, בן משפחה וכיו"ב) _____ חתימה ✕ _____