תביעה לדמי מחייה בעד יתום הזכאי לקצבת תלויים בנפגעי עבודה

חובה לצרף לטופס זה

- אישור מבית הספר בו לומד הילד, בו תצוין הכיתה בה הוא לומד ומספר שעות הלימוד. יש לצרף אישור מחודש ספטמבר של שנת הלימודים הנוכחית.
- אישורים על הכנסות מכל המקורות מעודכנים לחודש ספטמבר של אותה שנת הלימודים.
- במידה שהילד מוחזק על ידי גוף ציבורי, יש להמציא אישור מהגוף המחזיק בילד בו יפורט סכום ההחזקה החודשית ועבור מה היא ניתנת.

לידיעתך

- **על פי חוק, לא תשולם הקצבה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.**

כיצד יש להגיש את התביעה

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

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

תביעה לדמי מחיה בעד יתום הזכאי לקצבת תלויים בנפגעי עבודה בשנת הלימודים _____

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

מס' זהות של המנוח:_____

1 **פרטי הילדים הלומדים בבית ספר תיכון או נמצאים בהכשרה מקצועית**

	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי
שם הילד			
מספר הזהות	ס"ב	ס"ב	ס"ב
תאריך הלידה	שנה חודש יום	שנה חודש יום	שנה חודש יום
שם המוסד החינוכי			
מספר שעות הלימוד בשבוע			
אם אינו גר בבית התובע,פרט היכן גר וע"י מי מוחזק			
הכנסות הילד מנכסים			
הכנסות הילד מפנסיה			

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	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
		_____@_____

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 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 המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

3 פרטי הכנסות

הכנסה חודשית של ההורה - <u>שים לב: יש לסמן גם אם אין הכנסות</u>.

מקור	הכנסות ההורה		סכום הכנסות לחודש
	יש הכנסות	אין הכנסות	
עבודה שכירה	❑	❑	
עבודה עצמאית	❑	❑	
פנסיה מעבודה	❑	❑	
רנטה מחו"ל	❑	❑	
תגמולים	❑	❑	
שכר דירה	❑	❑	
אחר, פרט _____	❑	❑	

4

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן 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 פרטי מושכי התשלומים.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.
במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

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 .www.btl.gov.il > יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות.

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 ✘_____