המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לתשלום מענק
דיור ליתום

חותמת קבלה	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון
סוג המסמך
דפים

1 פרטי החלל

שם משפחה	שם פרטי	תאריך פטירה	מספר זהות
		שנה חודש יום	ס"ב

2 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
		ס"ב

מין	תאריך לידה	תאריך עלייה
❑ זכר ❑ נקבה	שנה חודש יום	שנה חודש יום

נא מלא (רווק/ה, נשוי/אה, ידוע/ה בציבור, גרוש/ה, פרוד/ה, עגונה, אלמן/ה,), החל **מגיל 18** או מתאריך העלייה

<u>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</u> <u>ופרטי התקשרות</u>

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.

<u>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת מעלה)</u>

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

3 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

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ❑ לחשבון הקיבוץ / המושב ❑ לחשבוני הפרטי

אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____
מתחייב להשתמש בכספי המענק שיופקו לחשבון, עבור מקבל המענק.
אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/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, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.
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.

_____	_____ ✘	_____ ✘
תאריך	חתימת מקבל המלגה	חתימת/חתימות השותפים לחשבון

4 הצהרה

אני החתום מטה תובע מענק דיור ליתום ומצהיר 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 מענק לפי חוק זה או להגדלתו, 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 למענק או על יצירת חוב ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

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 btldpo@nioi.gov.il.
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 ✘ _____

לתביעה יש לצרף:

חוזה רכישת הדירה או היתר בנייה על שם היתום בתוספת אישור המפקח על הבנייה מהרשות המקומית על גמר בניית השלד.