



תביעה לקצבת זקנה כולל תביעה להשלמת הכנסה

על מנת שנוכל לטפל בתביעתך, אנא צרף לבקשה זו:

- ☞ אם אתה עצמאי: יש לצרף הצהרה על הכנסותיך
- ☞ אם אתה שכיר: יש לצרף תלוש שכר אחרון
- ☞ במקרה של הפסקה או של צמצום בהיקף עבודה - יש לצרף על כך אישור מעביד.
- ☞ אישורים על הכנסה מהשכרת נכס (חוזה שכירות) ועל הכנסות מריבית או דיווידנד (אם יש).
- ☞ לילדים בגילאים 18 עד 24 יש לצרף אישורים כפי שמפורט בסעיף 2 בטופס התביעה.
- ☞ אם החותם על התביעה אינו התובע עצמו, יש למלא גם את סעיף 13 בטופס התביעה ולצרף ייפוי כוח, צו אפוטרופוס או פסק דין – אם ישנו.
- ☞ לפני הגשת התביעה – בדוק האם יש מסמכים נוספים (לאלה הרשומים לעיל) שעליך לצרף, לפי ההנחיות בגוף הבקשה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ את טופס התביעה ניתן לשלוח בדואר, למסור לפקיד קבלת קהל בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למגוריך או להכניסו לתיבת השירות המוצבת מחוץ לסניף.
- ☞ לשאלות, בירורים והצטרפות לאתר האישי, יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345 (עם קוד סודי).

ביטוח במדינות אחרות

- ☞ מי שהיה מבוטח בביטוח סוציאלי באחת מהמדינות הבאות: אוסטרליה, אורוגוואי, אנגליה, בולגריה, בלגיה, גרמניה, דנמרק, הולנד, נורבגיה, פינלנד, צרפת, צ'כיה, רומניה, שווייץ, שוודיה, יכול לבקש לבחון את זכאותו לגמלה על פי אמנות לביטחון סוציאלי, שעליהן חתמה מדינת ישראל.
- ☞ לשם כך נא לפנות בכתב לתחום קשרי חוץ, המוסד לביטוח לאומי, המשרד הראשי, שדרות ויצמן, ירושלים 91909, ולציין שם המדינה שבה היית מבוטח.

לידיעתך

- ☞ מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il או באתר האישי www.ps.btl.gov.il, לנוחיותך באתר קיים סרטון הדרכה למילוי הטופס.

יש להגיש את טופס התביעה חתום

(טופס שיוגש לא חתום יוחזר לתובע)

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

פרטי הכנסות לאחר גיל פרישה (גיל פרישה הוא הגיל שבו אתה זכאי לקצבת זקנה)

שים לב: יש למלא את הפרטים על כל הכנסותיך מהמקורות המפורטים, נכון למועד הגשת התביעה

לקצבת זקנה חובה למלא את הסעיפים 1,2,3,4 אם אין הכנסה עליך לסמן "אין"

יש למלא גם סעיפים 5,6,7 רק אם אתה עונה על אחד מהתנאים הבאים:

1. בן הזוג מקבל קצבת זקנה ועובד
2. קיבלת קצבת נכות כללית בתכופך לגיל זקנה ושולמה לך תוספת עבור בן/ת זוג
3. הנך מעוניין לתבוע תוספת השלמת הכנסה

מקור הכנסה	נא לסמן ליד כל אחד ממקורות ההכנסה המפורטים "יש" או "אין"
1. עבודה שכירה	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____
2. עבודה עצמאית	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____
3. דמי שכירות: מדירה, קרקע, חנות או מבנה	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____
4. ריבית מחסכונות או דיבידנד ממניות	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____
5. פנסיה בארץ	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____
6. פנסיה בחו"ל	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____
7. רנטה בחו"ל	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____
8. תגמולים ממשד הביטחון או האוצר רנטה מחו"ל	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____
9. אחר: _____ (נא לפרט סוג הכנסה וגובהה)	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____

נא לצרף אישורים המעידים על הכנסותיך (כגון: תלושי שכר, פנסיה, חוזה שכירות וכד')

עליך למלא סעיף זה לפי ההוראות הנ"ל כדי שתביעתך תטופל בהקדם

אישור מעביד אחרון – עובד שכיר (יש למלא אם הועסקת ב- 18 החודשים האחרונים)

שם המעסיק	מספר תיק ניכויים	המתנהל בסניף
אני מאשר כי:		
שם העובד (משפחה)	שם העובד (פרטי)	מספר זהות ב"ס
<input type="checkbox"/> עבד אצלנו מ- _____ ברציפות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא - מצ"ב פירוט תקופת עבודה	<input type="checkbox"/> הפסיק לעבוד אצלנו לחלוטין מ- _____	
<input type="checkbox"/> ממשיך לעבוד אצלנו ושכרו החודשי ברוטו ₪ _____	<input type="checkbox"/> צמצמתי/אצמצם את היקף עבודתי מתאריך _____ והכנסתי ₪ _____	
<input type="checkbox"/> קיימת קירבה משפחתית בין העובד והמעביד <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____		
כתובת המעביד	מספר טלפון	

תאריך _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת המעביד **x** _____

הכנסות בן/ת הזוג

9

יש למלא רק אם טרם מלאו לבן הזוג 70 שנים ולבת הזוג 67 שנים

אם אתה מתכוון להגיש תביעה לתוספת השלמת הכנסה עליך למלא סעיף זה ללא קשר לגיל של בן/בת הזוג

עליך למלא סעיף זה על מנת שנוכל לבחון מתן תוספות קצבה בעד בן/ת הזוג

מקור הכנסה	נא לסמן ליד כל אחד ממקורות ההכנסה המפורטים "יש" או "אין"
1. עבודה שכירה	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____
2. עבודה עצמאית	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____
3. פנסיה בישראל	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____
4. פנסיה בחו"ל	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____
5. רנטה בחו"ל	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____
6. תגמולים ממשד הביטחון או האוצר	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____
7. דמי שכירות: מדירה, קרקע, חנות או מבנה	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____
8. ריבית מחסכונות או דיבידנד ממניות	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____
9. אחר: _____ (נא לפרט סוג הכנסה וגובהה)	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש, סכום: _____

נא לצרף אישורים המעידים על הכנסותיך (כגון: תלושי שכר, פנסיה, חוזה שכירות וכד')

חבר קיבוץ או מושב שיתופי

10

שם הקיבוץ _____ חבר קיבוץ מתאריך _____

יש לצרף טופס בל/485 - אישור הקיבוץ על עבודה, שכר והכנסות נוספות

ניתן להוריד את הטופס מאתר האינטרנט

פרטי חשבון הבנק של התובע

11

אני מבקש שהקצבה תשולם לי בחשבון:

סוג קרבה לתובע		שמות בעלי החשבון	
מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף / כתובתו	שם הבנק

החשבון מתנהל על שם הקיבוץ / המושב השיתופי

ברשותי חשבונות בנק נוספים לא כן, בנק _____ סניף _____

מספר חשבון _____

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.

x

חתימת התובע

תאריך

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין 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 או בנספחיה, 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 על כל יציאה לחו"ל לתקופה העולה על שלושה חודשים.

תאריך _____ שם החותם _____ חתימת התובע * _____


הרשאה למסירת מידע לצורך קבלת הטבות

על פי התקנות והחוק ובהתאם לזכאותך, אתה עשוי להיות זכאי להטבות מגורמים שונים. למימוש ההטבות דרושה הסכמתך להעברת מידע בדבר זכאותך. אני הח"מ, נותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי למסור לרשויות או למוסדות ציבוריים מידע בדבר זכאותי לצורך קבלת הטבות נלוות הקבועות בחוק ובתקנות. לא מאשר תאריך _____ חתימת התובע * _____ לידיעתך: אי חתימה על אישור זה, תהווה הסכמה להעברת המידע האמור.

פרטי החותם על התביעה שאינו התובע

שם משפחה		שם פרטי			תעודת זהות ס"ב
רחוב / תא דואר		מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
טלפון קווי		טלפון נייד			דואר אלקטרוני
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS		<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני			<input type="checkbox"/>

* יחס קרבה * ** הסיבה שבגינה הגיש תביעה ** _____

* אם את/ה אפוטרופוס – יש לצרף צו מבית משפט  ** אם אינך אפוטרופוס עליך להמציא אישור רפואי על מצבו של התובע

פרטים על נכסי התובעת/ושל בן/בת הזוג

II

שם לב:

- יש לפרט נכסים (רכוש והון) שהיו ברשות המבקש/ת ושל בן/בת הזוג ב- 5 השנים האחרונות.
- אם לא קיים נכס - חובה לסמן X.

סוג הרכוש או ההון	פרטים על הרכוש	אם נמכר, ציין את מועד המכירה	אם נמסר ללא תמורה ציין את מועד המסירה
1. בתים ודירות (פרט לדירת מגורים ולדירור מוגן)	כתובת: _____ גוש/חלקה: _____ בבעלותי: כן / לא שאני משכיר: כן / לא	שנה _____ חודש _____ יום _____	שנה _____ חודש _____ יום _____
2. קרקע עירונית, קרקע חקלאית ומשק חקלאי (משק חי, פרדס, פלחה וכו')	מיקום: _____ גוש/חלקה: _____	שנה _____ חודש _____ יום _____	שנה _____ חודש _____ יום _____
3. עסק ושותפות בעסק (בית חרושת, בית מלאכה, חנות וכו')	יש / אין	שנה _____ חודש _____ יום _____	שנה _____ חודש _____ יום _____
4. רכב	בבעלותי או בשימושי: כן / לא רכב ניידות: כן / לא לצורך טיפול רפואי: כן / לא	שנה _____ חודש _____ יום _____	שנה _____ חודש _____ יום _____

פרטים אחרים

III

- אני חייב בתשלום דמי מזונות על פי פסק דין, בסכום חודשי של _____ ₪
- נפסקו לזכאותי דמי מזונות, בסכום חודשי של _____ ₪

אמצעי קיום

IV

אם אין לך הכנסות, ציין את מקורות הקיום שלך:

- _____
- _____
- _____

תאריך _____ שם החותם _____ חתימת התובע * _____

הצהרה

V

אני החתום מטה מצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין 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 או בנספחיה, יש בו להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

כמו כן אני מתחייב להודיע על כל יציאה לחו"ל לתקופה העולה על שלושה חודשים.

תאריך _____ שם החותם _____ חתימת התובע * _____

הרשאה למסירת מידע לצורך קבלת הטבות

VI

על פי התקנות והחוק ובהתאם לזכאותך, אתה עשוי להיות זכאי להטבות מגורמים שונים. למימוש ההטבות דרושה הסכמתך להעברת מידע בדבר זכאותך.

אני הח"מ, נותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי למסור לרשויות או למוסדות ציבוריים מידע בדבר זכאותי לצורך קבלת הטבות נלוות הקבועות בחוק ובתקנות.

לא מאשר

תאריך _____ חתימת התובע * _____
לידיעתך: אי חתימה על אישור זה, תהווה הסכמה להעברת המידע האמור.