

עמוד 1 מתוך 4

לשימוש									
פנימי									
בלבד									
(סריקה)									
מס' זהות									
סוג									
דפים המסמך									

National Insurance Institute
Department of Old-Age and
Survivors
13 Weizmann Avenue

המוסד לביטוח לאומי
אגף זקנה ושאיירים
שדרות ויצמן 13
ירושלים 91909



Old Age Pension Claim - Hebrew / English

תביעה לקצבת זקנה - עברית / אנגלית

A. Particulars of claimant

א. פרטים על התובע/ת

Israeli ID Number		מספר זהות		First Name (Hebrew)		שם פרטי (עברית)		Last Name (Hebrew)		שם משפחה (עברית)	
Sex		מין		First Name (Latin Letters)		שם פרטי (לועזית)		Last Name (Latin Letters)		שם משפחה (לועזית)	
M ☐ זכר F ☐ נקבה											
I worked abroad (outside of Israel)		עבדתי מחוץ לישראל		Current address		כתובת נוכחית					
				State		מדינה		Town		עיר	
				Zip code		מיקוד		Street		רחוב	
no ☐ לא yes ☐ כן											
Email		דואר אלקטרוני		Tel.		מספר טלפון					

Marital status		מצב משפחתי		Arise from		ארץ מגורים לפני העלייה		Country of birth		ארץ לידה		Date of birth		תאריך לידה	
Single		☐		רווק/ה											
Married		☐		נשוי/ה											
Widowed		☐		אלמן/ה		Purpose of leaving Israel		Date of leaving Israel		תאריך יציאה מישראל		Date of immigration to Israel		תאריך עלייה לישראל	
Divorced		☐		גרופ/ה											
Separated		☐		פרוד/ה											
Since		החל מ-													

B. Particulars of spouse

ב. פרטים על בן / בת הזוג

I claim an increment to the pension for my spouse												אני תובעת/ת תוספת קצבה עבור בן / בת הזוג												no ☐ לא yes ☐ כן											
Israeli ID Number				מספר זהות				First Name				שם פרטי				Last Name				שם משפחה															
Lives with me				גר/ה איתי				Date of immigration to Israel				תאריך עלייה לישראל				Date of birth				תאריך לידה															
no ☐ לא yes ☐ כן																																			

עמוד 2 מתוך 4

C. Particulars of children

List children only if:

- a) under 18
- b) under 20, if still in high school
- c) under 24, if doing compulsory army service or Sherut Leumi in Israel

ג. פרטים על הילדים

רשום ילדים אלה בלבד:

- א) לא מלאו לו/לה 18 שנים
- ב) לא מלאו לו/לה 20 שנים ולומד/ת בתיכון
- ג) לא מלאו לו/לה 24 שנים ומשרת/ת שרות חובה בצה"ל או שרות לאומי

Child	3	2	1	הילד
Israeli ID Number				מספר זהות ישראלי
Name				שם
Date of birth				תאריך לידה
Sex	M ☐ זכר F ☐ נקבה	M ☐ זכר F ☐ נקבה	M ☐ זכר F ☐ נקבה	מין
Marital status				מצב משפחתי
Lives with me	no ☐ לא yes ☐ כן	no ☐ לא yes ☐ כן	no ☐ לא yes ☐ כן	גר איתי
School				מוסד לימודים
Duration of army service or Sherut Leumi	from _____ מ- _____ to _____ עד	from _____ מ- _____ to _____ עד	from _____ מ- _____ to _____ עד	תקופת שרות בצה"ל או בשרות לאומי

D. Place of payment

Please pay the pension to the account

ד. מקום תשלום

אני מבקש/ת שהקצבה תשולם לי בחשבון:

שם הבנק	name of bank	שם הסניף וכתובתו	שם הסניף	מספר חשבון	account number
☐ החשבון מתנהל על שמי בלבד			☐		
☐ החשבון מתנהל על שמי ועל שם _____ סוג הקרבה _____ (בן / בת, אח, וכו')					
☐ the account is held in my name and in the name of _____, kind of relation _____ (son / daughter, brother etc)					
הצהרות השותפים לחשבון אנו מתחייבים להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון החשבון. אנו מסכימים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיפוי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה. אנו מסכימים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך החשבון, אם המוסד יפקיד לחשבון כל תשלום בטעות, או שלא כדין, וכן ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים כאמור. אנו השותפים לחשבון, מתחייבים להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון, עבור מקבל הגמלה.			Bank account member's declaration We hereby undertake to inform the National Insurance Institute (NII) of any change concerning partners in the bank account and/or bearers of power of attorney in this account. We will indicate any such changes on the relevant form to be signed by the persons concerned. We hereby consent that, upon occasion, the bank may forward to the NII, on request, particulars of said persons (partners or bearers of power of attorney) whether during of entitlement or after it. We hereby consent that the bank return to the NII, upon demand, any sum entered mistakenly or unlawfully into the account by the NII, and that the bank provide the NII with the particulars of the persons who withdraw such sum from the account. We, the partners of the account, undertake to use the pension money deposited in the account, on the behalf of the pension recipient only.		
תאריך	Date	חתימת מקבל הגמלה	חתימת מקבל הגמלה	חתימות / חתימות השותף/ים	חתימות / חתימות השותף/ים

עמוד 3 מתוך 4

E. Particulars of claimant's work

ה. פרטים על עבודת התובע/ת

תעסוקה אחרונה	מעמד בעבודה	אני ממשיך/כה לעבוד
	Salaried worker ☐ שכיר Self employed ☐ עצמאי	כן ☐ yes ☐ לא ☐ no
Most recent occupation	Work status	I continue to work
תאריך הפסקת העבודה	הכנסה חודשית ברוטו מעבודה	שם מקום עבודה אחרון
Date of retirement from work	Gross monthly income from work	Most recent place of work

F. Particulars of employment in Israel and abroad (outside of Israel)

ו. פרטים על עבודה ועל תעסוקות בישראל ובחו"ל

period	נא לציין: לגבי שכיר - שם המעביד וכתובתו; לגבי עצמאי - שם העסק וכתובתו; לגבי אחרים - מקורות מחייה	התעסקות: ציין - "עובד שכיר", "עצמאי", מחוסר עבודה" וכו'. Occupation: specify - "employee", "self-employed", "unemployed" etc.	תקופה
from	to		החל ב- עד

G. Particulars of spouse's work

ז. פרטים על עבודת בן/בת הזוג

בן/בת הזוג עבד בישראל? Did spouse work in Israel?	המקצוע Occupation	בן/בת הזוג עובד/ת Spouse works
כן ☐ yes ☐ לא ☐ no		
מ- _____ to _____	הכנסה חודשית ברוטו מהעבודה Gross monthly income from work	מקום העבודה Place of work

H. Particulars of gross monthly income of both claimant and spouse (besides income from work)

ח. פרטים על הכנסה חודשית ברוטו (שמקורה אינה בעבודה) של שני בני הזוג

Please specify currency in each case (NIS, \$, Euro etc.)
If you have no income please specify "none"

נא לציין את סוג המטבע, כגון שקל חדש, דולר, אירו וכדומה.
אם אין הכנסה יש לרשום "אין"

הכנסות אחרות other income	שכר דירה, דיווידנדים, ריבית, הכנסות מרכוש rentals, dividends, interest, income from property	פנסיה \ רנטה מחו"ל pension \ reparations from abroad	פנסיה בישראל pension from Israel	
Claimant				התובע/ת
Spouse				בן/בת הזוג

עמוד 4 מתוך 4

I. Social security number in the country of residence _____ ט. מספר הביטוח הסוציאלי במדינת המגורים

Name of the insuring institution _____ שם המוסד המבטח

J. Particulars of pension from the Israeli National Insurance Institute י. פרטים על קצבה מביטוח לאומי בישראל

	מספר תיק file number	סוג הקצבה type of pension	האם מקבל קצבה receives pension	
Claimant			no ☐ לא yes ☐ כן	התובע/ת
Spouse			no ☐ לא yes ☐ כן	בן/בת הזוג

K. Declaration יא. הצהרה

אני מצהיר/ה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה זו הם נכונים ומלאים. ידוע לי כי מסירת פרטים לא נכונים או העלמת פרטים מהווה עבירה על החוק, וכי המוסד לביטוח לאומי רשאי לתבוע החזר כל סכום ששולם בטעות או שלא כדין. אם יחול שינוי בפרטים כגון בהכנסה, במצב משפחתי, בכתובת, אודיע על כך מיד למוסד לביטוח לאומי.

I hereby declare that particulars contained in my claim are accurate and complete. I am aware that withholding information or submission of false information constitutes an unlawful act, and that the National Insurance Institute may claim return of all sums paid by mistake or unlawfully.

If any change should occur regarding information given herein, such as details of income, family status or address, I shall inform immediately the National Insurance Institute of such change.

Signature חתימה

Date תאריך

Name of signatory שם החותם