המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

בקשה להעברת תשלום תוספת תלויים

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

1 פרטי הזכאי לקצבת נכות

שם משפחה	שם פרטי	מצב משפחתי	מספר זהות ס"ב

2 פרטי המבקש

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

קרבה למקבל הקצבה : ❑ בן/בת זוג ❑ הורה ❑ ילד ❑ אחר _____

כתובת למשלוח דואר(במידה ולא תואמת לרשומה 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.

3 פרטי עובד/ת סוציאלי המטפל בקהילה

שם משפחה	שם פרטי	דואר אלקטרוני:	טלפון נייד
		_____@_____	

4 פרטי התלויים בגינם מוגשת הבקשה

יש לצרף מסמכים התומכים בבקשה. כגון: פסק דין, דו"ח סוציאלי.

	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מבקש לקבל תוספת?	הנימוק לבקשה
1				❑	
2				❑	
3				❑	
4				❑	

5 פרטי חשבון הבנק של המבקש

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

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

6 הצהרת והסכמת המבקש להעברת התשלום לידיו

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בבקשה זו הם נכונים ומלאים.
ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה 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.
אם בקשתי תאושר, אני מתחייב:
להשתמש בתשלום תוספת תלויים לטובתם ולרווחתם של התלויים עבורם אקבל את התשלום.
למסור למוסד לביטוח לאומי, על פי דרישתו, דו"ח על השימוש בכספי הקצבה והעתקים של מסמכי הבנק.
להודיע מיד על כל שינוי הקשור בתלויים או בי כמקבל גמלה.
ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בבקשה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לתשלום תוספת תלויים או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
אני מתחייב בזה להודיע למוסד לביטוח לאומי ללא דיחוי על כל שינוי שיחול במצבי המשפחתי, התעסוקתי או בהכנסותי מעבודה ושלא מעבודה.
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.

הבקשה לא תטופל בלי חתימתך

תאריך_____ חתימת המבקש ✘_____