

עמוד 1 מתוך 4

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

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

**המוסד לביטוח לאומי**  
 אגף זקנה ושארים  
 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		שם פרטי (לועזית)		שם משפחה (לועזית)	
M <input type="checkbox"/> זכר F <input type="checkbox"/> נקבה				First Name (Latin Letters)		Last Name (Latin Letters)	
עבדתי מחוץ לישראל I worked abroad (outside of Israel)		Current address					
no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> כן		State מדינה		Town עיר		Zip code מיקוד	
						Street רחוב	
						מס' בית Number	
Email				דואר אלקטרוני		Tel. מספר טלפון	

Marital status מצב משפחתי		ארץ מגורים לפני העלייה Immigrated to Israel from		ארץ לידה Country of birth		תאריך לידה Date of birth	
Single <input type="checkbox"/> רווק/ה							
Married <input type="checkbox"/> נשוי/אה							
Widowed <input type="checkbox"/> אלמן/נה		יצאתי מישראל למטרת Purpose of leaving Israel		תאריך יציאה מישראל Date of leaving Israel		תאריך עלייה לישראל Date of immigration to Israel	
Divorced <input type="checkbox"/> גרושה							
Separated <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> כן							
Israeli ID Number		מספר זהות		First Name		שם פרטי	
						Last Name	
Lives with me		גר/ה איתי		תאריך עלייה לישראל Date of immigration to Israel		Date of birth	
no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> 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 ולומדת/בתיכון
  - (ג) לא מלאו לו/לה 24 שנים ומשרתת/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 <input type="checkbox"/> זכר F <input type="checkbox"/> נקבה	M <input type="checkbox"/> זכר F <input type="checkbox"/> נקבה	M <input type="checkbox"/> זכר F <input type="checkbox"/> נקבה	מין
Marital status				מצב משפחתי
Lives with me	no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> כן	no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> כן	no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> 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 מבקשת/שהקצבה תשולם לי בחשבון:

מספר חשבון account number	מספר הסניף branch number	שם הסניף וכתובתו name and address of branch	שם הבנק name of bank
The account is held in my name alone		<input type="checkbox"/>	החשבון מתנהל על שמי בלבד
		<input type="checkbox"/> החשבון מתנהל על שמי ועל שם _____ (בן / בת, אח, וכו')	
<input type="checkbox"/> the account is held in my name and in the name of _____		, kind of relation (son / daughter, brother etc)	
<b>Bank account member's declaration</b> 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.		<b>הצהרות השותפים לחשבון</b> 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.	
חתימת / חתימות השותף/פים Signature of account bearers		חתימת מקבל הגמלה Signature of pension recipient	Date תאריך

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 <input type="checkbox"/> שכיר Self employed <input type="checkbox"/> עצמאי	כן <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> 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 ובחול**

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?	Occupation	המקצוע	Spouse works	בן/בת הזוג עובד/ת
כן <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> no				
מ- _____ to _____	הכנסה חודשית ברוטו מהעבודה Gross monthly income from work		Place of work	מקום העבודה

**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 <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> כן	התובע/ת
Spouse			no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> 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