



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
סיעוד

חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג		דפים		המסמך		מס' זהות / דרכון			

הצהרת התובע לאחר שחרור  
מאשפוז או שהות בבית אבות  
או מוסד סיעודי

1 פרטי התובע

1

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות

ס"ב																			
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מצב משפחתי

רווק/ה  אלמן/ה  פרוד/ה  
 נשוי/אה  גרושה  ידוע/ה בציבור

התובע נמצא כעת ב:

בכתובת מגוריו

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

טלפון קווי   אני מאשר קבלת הודעות SMS

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

כתובת אחרת. פרט: אצל: \_\_\_\_\_  
 מתגורר עם אדם אחר, שם משפחה ושם פרטי \_\_\_\_\_ קרבה \_\_\_\_\_  
 גר לבדו

2 הצהרת התובע או מגיש התביעה

2

אני מודיע כי שוחררתי מאשפוז  בבית חולים  בית אבות או מוסד סיעודי בשם \_\_\_\_\_ בתאריך \_\_\_\_\_

אני החתום מטה תובע גמלת סיעוד ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י 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 למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ חתימת התובע / מקבל הגמלה / מגיש התביעה \_\_\_\_\_