



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
סיעוד

חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך		דפים		0   0		0   1			

בקשה לקבלת חלק מהגמלה  
בכסף או לשינוי הרכב סל השירותים

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.
מס' טלפון להתקשרות		טלפון נייד
טלפון קווי		

2

אפשרויות הבחירה

מבקש להחליף \_\_\_\_\_ שעות שבועיות בגמלה בכסף (ניתן להחליף 1 עד 4 שעות שבועיות).

מבקש להחליף 1/3 מהשעות השבועיות בגמלה בכסף – לאחר הגשת הבקשה, יגיע אליך עובד סוציאלי לביקור בית – וזאת בתיאום מראש.

מבקש לשנות את סל השירותים – לאחר הגשת הבקשה, ניצור איתך קשר לתיאום מרכיבי סל השירותים.

מגיש הבקשה הוא מקבל גמלה: תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \* \_\_\_\_\_

מגיש הבקשה אינו המקבל: פרטי המבקש: שם \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \* \_\_\_\_\_

3

פרטי חשבון בנק

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
<p>לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: <input type="checkbox"/> לחשבון הקיבוץ / המושב <input type="checkbox"/> לחשבוני הפרטי</p> <p>ברשותי חשבונות בנק נוספים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בנק _____ סניף _____ מס' חשבון _____</p> <p>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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את הפרטים של מושכי התשלומים.</p> <p>אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי היא עלי להמציאם לפי דרישה.</p> <p>תאריך _____ חתימת מקבל התשלום _____ * _____</p>			