



המוסד לביטוח לאומי

קשרי חוץ לאמנות
בינלאומיות

National Insurance
Institute
The Division of
International Affairs

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 60%; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div> <p style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</p>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 60%; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div> <p style="text-align: center;">סוג המסמך דפים</p>		

Application form for general disability pension

(to be submitted to the National Insurance Institute in Israel)

תביעה לקצבת נכות כללית

(מוגשת למוסד לביטוח לאומי בישראל)

עמוד 1 מתוך 5

1

פרטי התובע		Details on the claimant	
שם משפחה	שם פרטי	שמות קודמים	שם האב
Family name	First name	Former names	Father's first name
מספר זהות ס"ב	תאריך לידה	ארץ לידה	Place of birth
Israeli ID number	Date of birth	ארץ לידה	Place of birth
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div> <p style="text-align: center;">/ יום / חודש / שנה Day Month Year</p>		
תאריך עליה אל ישראל	מין	מצב משפחתי	Family status
Immigration date to Israel	Sex	מצב משפחתי	Family status
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div> <p style="text-align: center;">/ יום / חודש / שנה Day Month Year</p>	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>		
כתובת מגורים בישראל	תאריך עזיבה	מספר טלפון נייד	Cellphone number
Residential address in Israel	תאריך עזיבה	מספר טלפון נייד	Cellphone number
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div> <p style="text-align: center;">/ יום / חודש / שנה Day Month Year</p>		
כתובת דואר אלקטרוני	תעסוקה/מקצוע אחרונים	אני מאשר קבלת הודעות SMS	SMS
כתובת דואר אלקטרוני	תעסוקה/מקצוע אחרונים	אני מאשר קבלת הודעות SMS	SMS
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center;">@</p>	אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I authorize receiving letters through the internet
כתובת מגורים אחרונה לפני עלייתך לארץ	אזרחות	אזרחות	Citizenship
Last address prior to immigration to Israel	אזרחות	אזרחות	Citizenship

19199095514M10913

Details on the spouse		פרטי בן/בת הזוג	
Date of birth תאריך לידה		Name of spouse שם בן/בת הזוג	
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> / יום / Day Month </div> <div style="text-align: center;"> / חודש / Month Year </div> <div style="text-align: center;"> / שנה / Year </div> </div>			
Occupation תעסוקה		Israeli ID number מספר זהות ס"ב	
		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> </div> <div style="text-align: center;"> </div> </div>	
Cellphone number without international country code טלפון נייד ללא קוד המדינה		Telephone number without international country code טלפון קווי ללא קוד המדינה	
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> </div> <div style="text-align: center;"> </div> </div> <p style="text-align: center;"> אני מאשר קבלת הודעות SMS <input type="checkbox"/> I authorize SMS messages </p>		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> </div> <div style="text-align: center;"> </div> </div>	
Mail address כתובת דואר אלקטרוני		<p style="text-align: center;"> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט <input type="checkbox"/> I authorize receiving letters through the internet </p>	
<hr/> <p style="text-align: center;">@</p> <p>נא למלא כתובת דוא"ל שונה מזו של התובע (Should be different from the claimant's email address)</p>			

Details of children younger than 18 years			פרטי הילדים עד גיל 18	
Date of birth תאריך לידה	Israeli ID-Number מספר זהות ס"ב	Name of child שם הילד		
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> </div> <div style="text-align: center;"> </div> <div style="text-align: center;"> </div> </div> <p style="text-align: center;"> / יום / חודש / שנה Day Month Year </p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> </div> <div style="text-align: center;"> </div> </div>			
Date of birth תאריך לידה	Israeli ID-Number מספר זהות ס"ב	Name of child שם הילד		
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> </div> <div style="text-align: center;"> </div> <div style="text-align: center;"> </div> </div> <p style="text-align: center;"> / יום / חודש / שנה Day Month Year </p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> </div> <div style="text-align: center;"> </div> </div>			
Date of birth תאריך לידה	Israeli ID-Number מספר זהות ס"ב	Name of child שם הילד		
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> </div> <div style="text-align: center;"> </div> <div style="text-align: center;"> </div> </div> <p style="text-align: center;"> / יום / חודש / שנה Day Month Year </p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> </div> <div style="text-align: center;"> </div> </div>			

פרטים על ההכנסות של התובע ושל בן/בת הזוג

Data concerning the income of the claimant and that of the spouse

Spouse בן/בת זוג	Claimant התובע																																					
—	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>/ יום</td><td>/ חודש</td><td>/ שנה</td><td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Day</td><td>Month</td><td>Year</td><td colspan="3"></td> </tr> </table>							/ יום	/ חודש	/ שנה				Day	Month	Year				תאריך הגשת התביעה Date of submitting the claim																		
/ יום	/ חודש	/ שנה																																				
Day	Month	Year																																				
<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no, From <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>/ יום</td><td>/ חודש</td><td>/ שנה</td><td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Day</td><td>Month</td><td>Year</td><td colspan="3"></td> </tr> </table>							/ יום	/ חודש	/ שנה				Day	Month	Year				<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, מתאריך <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>/ יום</td><td>/ חודש</td><td>/ שנה</td><td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Day</td><td>Month</td><td>Year</td><td colspan="3"></td> </tr> </table>							/ יום	/ חודש	/ שנה				Day	Month	Year				ציין האם אתה עובד (בעת מילוי הטופס) ואם כן, ממתי Please mention if you are working (at the time of filling in this form) and if so, from when
/ יום	/ חודש	/ שנה																																				
Day	Month	Year																																				
/ יום	/ חודש	/ שנה																																				
Day	Month	Year																																				
<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no, From <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>/ יום</td><td>/ חודש</td><td>/ שנה</td><td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Day</td><td>Month</td><td>Year</td><td colspan="3"></td> </tr> </table>							/ יום	/ חודש	/ שנה				Day	Month	Year				<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, מתאריך <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>/ יום</td><td>/ חודש</td><td>/ שנה</td><td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Day</td><td>Month</td><td>Year</td><td colspan="3"></td> </tr> </table>							/ יום	/ חודש	/ שנה				Day	Month	Year				אם כן, נא לציין את ההכנסה החודשית מעבודתך (במטבע מקומי) If yes, please mention your monthly income from work (in local currency)
/ יום	/ חודש	/ שנה																																				
Day	Month	Year																																				
/ יום	/ חודש	/ שנה																																				
Day	Month	Year																																				
<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no, From <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>/ יום</td><td>/ חודש</td><td>/ שנה</td><td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Day</td><td>Month</td><td>Year</td><td colspan="3"></td> </tr> </table>							/ יום	/ חודש	/ שנה				Day	Month	Year				<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, מתאריך <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>/ יום</td><td>/ חודש</td><td>/ שנה</td><td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Day</td><td>Month</td><td>Year</td><td colspan="3"></td> </tr> </table>							/ יום	/ חודש	/ שנה				Day	Month	Year				האם היקף עבודתך צומצם? אם כן, ציין ממתי Have your work hours been reduced? If yes, please indicate from when
/ יום	/ חודש	/ שנה																																				
Day	Month	Year																																				
/ יום	/ חודש	/ שנה																																				
Day	Month	Year																																				
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>/ יום</td><td>/ חודש</td><td>/ שנה</td><td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Day</td><td>Month</td><td>Year</td><td colspan="3"></td> </tr> </table>							/ יום	/ חודש	/ שנה				Day	Month	Year				<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>/ יום</td><td>/ חודש</td><td>/ שנה</td><td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Day</td><td>Month</td><td>Year</td><td colspan="3"></td> </tr> </table>							/ יום	/ חודש	/ שנה				Day	Month	Year				אם משולמת לך קצבה, ציין ממתי If you receive a pension, please indicate from when
/ יום	/ חודש	/ שנה																																				
Day	Month	Year																																				
/ יום	/ חודש	/ שנה																																				
Day	Month	Year																																				
		הכנסה חודשית מקצבאות (במטבע מקומי) Monthly income from pensions (in local currency)																																				
		אם קיימות הכנסה נוספות, נא לציין (במטבע מקומי) Please state all additional income (in local currency)																																				

Bank account details

פרטי חשבון הבנק

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעביר לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:
Please transfer the monthly payments of this NII pension to the my account, according to the details specified below:

Names of the account holder **שמות בעל החשבון**

מס' חשבון Account number	מס' סניף Branch number	Branch name and address	שם סניף/כתובתו	Name of bank	שם הבנק

IBAN / BIC / Swift Code **מספר זה"ב / BIC / קוד הסוויפט**

Declaration **הצהרה**

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 פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני/ו מסכים/ים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/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 יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך _____ שם התובע _____ חתימת התובע *

I agree that the aforementioned bank if requested to do so, will return payments from my account to the NII in cases where payments were deposited entirely or partly by mistake, or not in accordance with the law, and that the bank will notify the NII of the details of the drawers.
I / We agree that the NII will contact the aforementioned bank, using computerized communication, to verify my ownership of the bank account as I declared above and that the aforementioned bank and / or whoever works on its behalf, shall give the NII the information it needs to verify the bank account details I have given above. **Alternatively, I am aware that the NII may require additional documents and certificates to verify the details of the bank account I provided above and that I will have to supply these on demand.**

In any case of discrepancy between the original Hebrew text of this form and the English translation provided, the Hebrew version will prevail.

Date _____ Name of signatory _____ * Signature of signatory _____

19199095514M10915