

**אמנה בין מדינת ישראל לבין הרפובליקה הצ'כית על
ביטחון סוציאלי**
**Convention between the State of Israel and the Czech
Republic on Social Security**

תביעה לקצבת נכות כללית
(מוגשת למוסד לביטוח לאומי בישראל)
Claims Form for General-Disability Pension
(submitted to the National Insurance Institute in Israel)

Personal Data of the Claimant	פרטי התובע
Family name	שם משפחה
First name	שם פרטי
Former name (s)	שמות קודמים
Father's first name	שם האב
Israeli ID-Number	מס' ת.ז.
Date of birth	תאריך לידה
Place of birth	מקום לידה
Family status:	מצב משפחתי
Sex <input type="checkbox"/> m/זכר <input type="checkbox"/> f/נקבה	מין
Immigration date to Israel	תאריך העלייה
Residential address in Israel	כתובת מגורים בישראל
Migration date	תאריך עזיבה
Overseas address prior to immigration	כתובת מגורים בארץ ההגירה
Last employer or recent occupation	תעסוקה/מקצוע בהם עסקת לאחרונה
Citizenship	אזרחות

Personal data of the spouse**פרטי בן/בת
זוג**

Name of Spouse	_____	שם בן/בת זוג
Birth date	_____	תאריך לידה
Israeli ID-Number	_____	מ.ז. ישראלי
Occupation	_____	תעסוקה

Personal Data of children under 18	פרטי הילדים עד גיל 18
---	------------------------------

1 .Name of child שם הילד/ה- 1

: _____
 Israeli ID-Number: מס' זהות תאריך לידה Date of birth

2 .Name of child שם הילד/ה 2

_____ Date of birth תאריך לידה
 Israeli ID-Number: מס' זהות

3 .Name of child שם הילד/ה- 3

_____ Date of birth תאריך לידה
 Israeli Id. Number: מס' זהות

Particulars of the claimant's and his spouse's income and work	פרטים על תעסוקה והכנסות התובע ובן/בת זוגו
---	--

	בן/בת זוג Spouse	התובע/ת Claimant	
Monthly income from work			הכנסה חודשית מעבודה
Monthly income from pension (s)			הכנסה חודשית מפנסיה
State if you are currently employed			ציין/ני אם את/ה עובד/ת או לא
If you are not presently employed, state date of termination.			אם אינך עובד/ת ציין/ני מתי
If your work hours have been reduced, please indicate commencing date			אם היקף העבודה צומצמה ציין/ני מתי
Date of present claim			תאריך הגשת התביעה:
If you are receiving a pension, please state from when.			אם משולמת לך פנסיה ציין/ני מתי
Please state all other not previously mentioned income(s)			ציין/ני כל הכנסה אחרת

Payment of pension details

העברת תשלומים

Please transfer the monthly payments I will be entitled to to the following account :

את התשלומים שיגיעו לי אבקש להעביר אלי לחשבון הבנק שלי אשר פרטיו להלן:

Name of bank:

שם

הבנק

Branch name:

שם

הסניף

Branch number:

מס' הסניף

-

Account number :

מס' חשבון

בנק -

The account is in the name of

החשבון מתנהל על

שם

Declaration	הצהרה
<p>I hereby declare that the 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 unlawfully. If any change should occur regarding information given here, such as details of income or family status or address I shall immediately inform the National Insurance Institute.</p> <p>I hereby agree that my bank will return to the National Insurance Institute, on their demand, any sum of money which was deposited in my account, by mistake or not in accordance with the law.</p>	<p>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 שלא כדין. אם יחול שינוי בפרטים שמסרתי כגון בהכנסה, במצב משפחתי, בכתובת- אודיע על כך מיד למוסד לביטוח לאומי.</p> <p>אני מסכים/ה שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין.</p>

חתימת התובע - Signature of claimant

תאריך - Date