



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
תחום ילדים

**בקשה לאיחוד תיקים**

**הנחיות למילוי טופס הבקשה:**

הטופס מיועד לשני הורים חד הוריים המקבלים קצבת ילדים בנפרד שנישאו או נולד להם ילד משותף. הנך מתבקש להקפיד על מילוי כל הפרטים הנדרשים.

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים	0   1

**חותמת קבלה**

**פרטי הורה א'**

1

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות					
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:					
שם משפחה איש קשר		שם פרטי איש קשר		מס' זהות איש קשר ס"ב	
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)					
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

**פרטי הורה ב'**

2

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)					
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

**פרטי חשבון הבנק**

**3**

חשבון הבנק צריך להיות ע"ש מקבל הקצבה או חשבון בו שותף מקבל הקצבה.

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

כאשר הבקשה לשלם לחשבון קיבוץ, יש לרשום שם הקיבוץ: \_\_\_\_\_

**פרטי האיחוד**

**4**

תאריך נישואין	תאריך הולדת ילד משותף																				
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										

**הצהרה**

**5**

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם 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 על ידי 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 לביטוח לאומי על כל יציאה מהארץ של הילד/ים לתקופה העולה על 3 חודשים.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד לביטוח לאומי יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי את פרטיהם של מושכי התשלומים.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך \_\_\_\_\_ שם מגיש הבקשה \_\_\_\_\_ חתימת מגיש הבקשה ✕ \_\_\_\_\_