



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגבייה
ביטוח ובריאות

**Відомство
національного
страхування Ізраїлю**
Управління страхування
і стягнення
Страхування і здоров'я

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות / דרכון 0 2 סוג המסמך דפים
---------------------------	--

חותמת קבלה

הצהרה – אזרח ישראלי החוזר מאוקראינה לצורך קביעת תושבות ורישום לקופת חולים

Заява громадянина Ізраїлю, який повертається з України, для цїлей встановлення проживання в Ізраїлі та реєстрації в лікарняній касі

1 פרטים אישיים Особисті дані						
שם משפחה Прізвище		שם פרטי Im'я		מספר זהות Номер ID Включно з контрольною цифрою o"ב ↓		
פרטי בן/בת הזוג Дані чоловіка/дружини						
שם משפחה Прізвище		שם פרטי Im'я		מספר זהות Номер ID Включно з контрольною цифрою o"ב ↓		
כתובת מגורים בישראל ופרטי התקשרות Адреса проживання в Ізраїлі і контактні дані						
רחוב/תא דואר Вулиця/Поштова скринька		מס' בית Номер будинку	כניסה Під'їзд	דירה Квартира	יישוב Населений пункт	מיקוד Індекс
טלפון קווי Домашній телефон		טלפון נייד Мобільний телефон		דואר אלקטרוני Електронна пошта		
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים: У випадку, якщо номер мобільного телефону або адреса електронної пошти – не Ваші, будь-ласка, надайте інформацію про наступні дані:						
שם משפחה של איש קשר Прізвище контактної особи		שם פרטי של איש קשר Im'я контактної особи		מס' זהות של איש קשר Номер ID контактної особи Включно з контрольною цифрою o"ב ↓		

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.

Я відмовляюся отримувати повідомлення, які містять особисту інформацію, через цифрові канали зв'язку (текстові повідомлення SMS, e-mail) замість звичайних листів.
 Зауважте, що якщо Ви не поставили позначку «Я відмовляюся», усі повідомлення стосовно національного страхування надсилатимуться через цифрові канали зв'язку відповідно до наданої Вами інформації.

מען למכתבים אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה

Адреса для надходження листів на випадок, якщо вона відрізняється від вказаної вище

שם הנמען Im'ya адресата		הנמען הוא: <input type="checkbox"/> הוריי <input type="checkbox"/> קרוביי <input type="checkbox"/> חבריי <input type="checkbox"/> מייצגי _____ Адресат для мене – це мої: <input type="checkbox"/> батьки <input type="checkbox"/> родичі <input type="checkbox"/> друзі <input type="checkbox"/> представники _____			
רחוב/תא דואר Вулиця/Поштова скринька	מס' בית Номер будинку	כניסה Під'їзд	דירה Квартира	יישוב Населений пункт	מיקוד Индекс

2

שירותי בריאות – רישום לקופת חולים
Медицинські послуги – реєстрація в лікарняній касі

עבורי Для мене	<input type="checkbox"/> כללית Клалית	<input type="checkbox"/> לאומית Леумית	<input type="checkbox"/> מאוחדת Меухедת	<input type="checkbox"/> מכבי Макаבי
עבור בן/בת הזוג Для мого чоловіка/моєї дружини	<input type="checkbox"/> כללית Клалית	<input type="checkbox"/> לאומית Леумית	<input type="checkbox"/> מאוחדת Меухедת	<input type="checkbox"/> מכבי Макаבי
עבור הילדים Для дітей	<input type="checkbox"/> כללית Клалית	<input type="checkbox"/> לאומית Леумית	<input type="checkbox"/> מאוחדת Меухедת	<input type="checkbox"/> מכבי Макаבי

פטורים מתקופת המתנה לשירותי בריאות

Від періоду очікування на медичні послуги звільняються

- ילדים מתחת לגיל 18.
Діти віком до 18 років.
- יולדות בתקופת אשפוז הלידה כולל הוצאות אשפוז.
Пологове обслуговування в період пологової госпіталізації, включно з витратами на госпіталізацію.
- מבוטח הנזקק לטיפול מציל חיים.
- **Застрахована особа, яка потребує лікування з метою рятування життя.**

3

הצהרה
Заява

1. אני מצהיר כי עזבתי את אוקראינה בשל המצב המלחמתי השורר במדינה והגעתי לחיות בישראל.
Я заявляю, що покинув (-ла) Україну у зв'язку з воєнною ситуацією в країні та переїхав (-ла) до Ізраїлю з метою проживання тут.

2. אני מצהיר כי ידוע לי שלפי החוק אני נדרש להמתין עד 6 חודשים לצורך קבלת שירותי בריאות.
Мені відомо, що згідно з законом я мушу очікувати до 6 місяців, щоб отримати доступ до медичних послуг.

3. אני מבקש כי תקופת ההמתנה לשירותי בריאות תבוטל ויפתחו לי שירותי בריאות באופן מיידי.
Прошу скасувати період очікування на доступ до медичних послуг і відкрити для мене доступ до медичних послуг негайно.

ידוע לי כי ביטול תקופת ההמתנה כמבוקש כרוכה בקיזוז 12,210 ₪ מתשלומי קצבאות שאהיה זכאי להם.

Мені відомо, що скасування періоду очікування на доступ до медичних послуг відповідно до даної заяви пов'язане з вирахуванням 12 210 шекелів із виплати допомоги, на яку я матиму право.

מאשר ביטול המתנה לשירותי בריאות.

Дозволяю скасувати період очікування на доступ до медичних послуг.

לא מאשר ביטול המתנה לשירותי בריאות.

Не дозволяю скасувати період очікування на доступ до медичних послуг.

4. אני החתום מטה מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי נכונים ומלאים. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי מיד על כל שינוי שיחול בנתונים שלי או של בני משפחתי.

Я, нижчепідписаний (-а), заявляю цим, що всі дані, які надані мною вище, – правильні та повні. Зобов'язуюсь негайно повідомляти Відомство національного страхування Ізраїлю про будь-які зміни в особистих даних – моїх або членів моєї сім'ї.

5. ידוע לי כי מסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים אשר יכולים להשפיע על הזכאות הם עברה על החוק ואדם אשר מוסר פרטים לא נכונים, במרמה או בידועין, דינו קנס כספי או מאסר.

Я усвідомлюю, що надання невірної інформації або приховування даних, які можуть вплинути на відповідність вимогам, є порушенням законодавства, і особа, яка надає невірну інформацію обманним шляхом або свідомо, підлягає штрафу або тюремному ув'язненню.

נא למלא מספר ת.ז. _____
 Будь-ласка, заповніть номер ID _____

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.
 Я знаю, що у разі зміни контактних даних я повинен повідомити про це у
 Відомство національного страхування Ізраїлю.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.
 У разі, якщо про зміни контактних даних не буде повідомлено, вся інформація буде
 надіслана через канали, вказані вище у цій формі.

תאריך _____ שם הפונה _____ חתימה ✕ _____

Дата _____ Прізвище та ім'я заявника _____

Підпис ✕ _____