

אמנת בין מדינת ישראל לבין הרפובליקה פינלנד על ביטוח סוציאלי
 Convention between the State of Israel and the Republic of
 Finland on Social Security

תביעה לקצבת נכות כללית

(מוגשת למוסד לביטוח לאומי בישראל)

Application 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' זהות
 Date of birth _____ תאריך לידה
 Place of birth _____ מקום לידה
 Family status: _____ מצב משפחתי
 Sex זכר נקבה
 male female מין
 Immigration date to Israel _____ תאריך העליה
 Residential address _____ כתובת מגורים
 in Israel _____ בישראל
 Migration date _____ תאריך עזיבה
 Overseas address _____ כתובת מגורים
 prior to immigration _____ בארץ ההגירה
 Last practiced _____ תעסוקה/מקצוע
 occupation/profession _____ כאחרונים
 Citizenship _____ אזרחות

Personal data of the spouse

פרטי בן/בת זוג

Name of Spouse _____ שם בן/בת זוג
 Date of birth _____ תאריך לידה
 Israeli ID-Number _____ מס' זהות.
 _____ ישראלי
 Occupation _____ תעסוקה

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

1 שם הילדה- Name of child: _____
 זהות מס' - Israeli ID-Number: _____ תאריך לידה Date of birth _____
 2 שם הילדה- Name of child: _____
 זהות מס' - Israeli ID-Number: _____ תאריך לידה Date of birth _____
 3 שם הילדה- Name of child: _____
 זהות מס' - Israeli Id. Number: _____ תאריך לידה Date of birth _____

Data concerning income of the claimant and that of the spouse	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			ציינו אם אתם עובדים או לא
If you are not presently employed, state from when.			אם אינכם עובדים ציינו מתי
If your work hours have been reduced, please indicate from when.			אם היקף העבודה צומצם ציינו מתי
Date of presenting the claim			תאריך הגשת התביעה:
If you are receiving a pension, please state from when.			אם משולמת לך פנסיה ציינו מתי
Please state all additional income(s)			אם יש הכנסה נוספת, נא לציין

Data concerning Insurance-periods in Israel and abroad	פרטים על תקופות ביטוח בארץ ובח"ל
--	----------------------------------

Time – Period	ציינו את הארץ בה עבדת Please indicate the country in which you have worked	נא לציין: לגבי שכיר - שם המעביד וכתובתו, לגבי עצמאי- שם העסק וכתובתו, לגבי אחרים המחייב- Please indicate for a :- salaried worker, name and address of employer ; - self-employed: name and address of business; other income sources	תעסוקות: ציינו - "עובד שכיר", "עצמאי", "מחוסר עבודה" וכדומה Occupation (s): please indicate when – status "salaried worker" "self-employed" "unemployed" etc.	תקופה	
				עד	החל ב-
From	To				

Information regarding Disability

(please include relevant medical documents)

פרטים על נכות

(נא לצרף מסמכים רפואיים מתאימים)

תאריך החמרת המחלה תאריך תחילת המחלה המחלות הגורמות לנכותך

Date of deterioration of medical condition Onset of the medical disability (date) Medical cause of your disability

Payment of pension details

העברת תשלומים

Please transfer the monthly payments due to me 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 held on 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 herein, 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 that they deposited in my account, by mistake or not in accordance with the law.</p>	<p>אני מצהירה 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 מסכימה 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