

הסכם בין מדינת ישראל לבין הרפובליקה של אירלנד על ביטוח סוציאלי  
 Convention between the State of Israel and the Republic of  
 Ireland 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	<input type="checkbox"/> זכר male	<input type="checkbox"/> נקבה female מין
Immigration date to Israel	_____	תאריך העליה
Residential address in Israel	_____	כתובת מגורים בישראל
Migration date	_____	תאריך עזיבה
Overseas address prior to immigration	_____	כתובת מגורים בארץ ההגירה
Last practiced occupation/profession	_____	תעסוקה/מקצוע 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



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 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