National Insurance Institute Head Office International Affairs



המוסד לביטוח לאומי משרד ראשי קשרי חוץ לאמנות בינלאומיות

אמנה בין מדינת ישראל לבין סלובקיה על ביטחון סוציאלי Convention between the State of Israel and the Slovak Republic 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 same	שם משפחה
Family name	שם פרטי
	שמות קודמים
Former name (s)	שם האב
name	
File Number in slovakia	מס' תיק ב
	סלובקיה סלובקיה
Israeli ID-Number	מס' זהות
Date of birth	תאריך לידה
Place of birth	מקום לידה
Family status:	מצב משפחתי
נקבה ט זכר ט	מין
male female	-
Immigration date to	תאריך העליה
Israel	_
Residential	כתובת מגורים
address in Israel	
Migration date	תאריך עזיבה
Overseas address	כתובת מגורים
prior to immigration	בארץ ההגירה
Last practiced	תעסוקה\מקצוע
occupation/profession	אחרונים
Citizenship	אזרחות
Personal data of the spouse	פרטי בן\בת זוג
Name of Spouse	שם בן\בת זוג
Date of	תאריך לידה
birth	
Israeli ID-Number	מס' זהות. ישראלי
Occupation	

Personal Data of minors under 18	פרטי הילדים עד גיל 18
Name of child: שם הילד\ה- 1	
מס' זהות- Israeli IDNumber:	תאריך לידה Date of birth
Name of child: שם הילד\ה 2	··
מס' זהות - Israeli ID-Number:	תאריך לידה Date of birth
Name of child: שם הילד\ה- 3	
מס' זהות- Israeli Id. Number:	תאריך לידה Date of birth

Data concerning income of the	פרטים על תעסוקה והכנסות התובע ובן\בת
claimant and that of the spouse	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 from when			אם אינך עובד\ת ציין\ני ממתי
If your work hours have been reduced, please indicate from when	• •		אם היקף העבודה נומצמה ציין\ני ממתי
Date of presenting the claim			תאריך הגשת התביעה:
If you are receiving a pension, please state from when			אם משולמת לך פנסיה ציין\ני ממתי
Please state all additional income(s)			אם ישהכנסה נוספת, נא לציין

Data concerning Insurance-periods in	
Israel and abroad	

פרטים על תקופות ביטוח בארץ ובחו"ל

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

Information regarding Disability

פרטים על נכות

(please include relevant medical documents)

(נא לצרף מסמכים רפואיים מתאימים)

תאריך החמרת המחלה Date of deterioration of medical condition	תאריך תחילת המחלה Onset of the medical disability (date)	המחלות הגורמות לנכותך Medical cause of your disability
2		

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	שם הסניף
name:	
Branch	מס' הסניף -
number:	
Account number :	מס' חשבון בנק
The account is held on the	החשבון מתנהל על שם
name of	

Declaration	הצהרה
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. 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.	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, שמסרתי כגון בהכנסה, במצב משפחתי, שמסרתי כגון בהכנסה, במצב משפחתי, אני מסכים\ה שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין.

התובע Signature of claimant

Date - תאריך