המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
סיעוד

חותמת קבלה	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים

הצהרת התובע לאחר שחרור מאשפוז או שהות בבית אבות או מוסד סיעודי

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

מצב משפחתי

❑ רווק/ה ❑ אלמן/ה ❑ פרוד/ה
❑ נשוי/אה ❑ גרוש/ה ❑ ידוע/ה בציבור

התובע נמצא כעת ב:

❑ **בכתובת מגוריו**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
	❑ אני מאשר קבלת הודעות SMS	

❑ **בכתובת אחרת**. פרט: אצל: _____

כתובת:

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

❑ גר לבדו ❑ מתגורר עם אדם אחר, שם משפחה ושם פרטי _____ קרבה _____

2 הצהרת התובע או מגיש התביעה

אני מודיע כי שוחררתי מאשפוז ❑ בבית חולים ❑ בית אבות או מוסד סיעודי בשם _____
בתאריך _____

אני החתום מטה תובע גמלת סיעוד ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה 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 ע"י 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 על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

_____	_____	✗ _____
תאריך	שם פרטי ומשפחה	חתימת התובע / מקבל הגמלה / מגיש התביעה