



אמנה בין מדינת ישראל לבין רומניה על ביטחון סוציאלי
Convention between the State of Israel and Romania
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	
File Number in Romania	_____	מס' תיק ב רומניה	
Israeli ID-Number	_____	מס' זהות	
Date of birth	_____	תאריך לידה	
Place of birth	_____	מקום לידה	
Family status:	_____	מצב משפחתי	
Sex	<input type="radio"/> זכר male	<input type="radio"/> 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 אחרונים	
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 .Name of child: שם הילדה- 1

_____ Israeli ID-Number: מס' זהות תאריך לידה Date of birth

2 .Name of child: שם הילדה 2

_____ Israeli ID-Number: מס' זהות תאריך לידה Date of birth

3 .Name of child: שם הילדה- 3

_____ Israeli Id. Number: מס' זהות 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			ציין/י אם את/ה עובד/ת או לא
If you are not presently employed, state from when			אם אינך עובד/ת ציין/י מתי
If your work hours have been reduced, please indicate from when			אם היקף העבודה צומצמה ציין/י מתי
Date of presenting the claim			תאריך הגשת התביעה:
If you are receiving a pension, please state from when			אם משולמת לך פנסיה ציין/י 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 ובחו"ל
---	--

Time – Period		ציין 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 המחייה - Please indicate for a :- salaried worker, name and address of employer ; - self-employed: name and address of business; other income sources	תעסוקות: ציין "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

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

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