



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 זכר נקבה
male 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-

Israeli ID-Number: מס' זהות

Date of birth תאריך לידה

2 .Name of child: שם הילדה

Israeli ID-Number: מס' זהות

Date of birth תאריך לידה

3 .Name of child: שם הילדה-

Israeli Id. Number: מס' זהות

Date of birth תאריך לידה

Data concerning income of the claimant and that of the spouse**פרטים על תעסוקה והכנסות התובע ובן/בת זוג**

	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 צומצם 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	
				החל ב-	עד
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 מסכימה/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