



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נפגעי פעולות איבה

חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

מס' זהות									
סוג המסמך		דפים		0					

## הצהרה בדבר " תוספת תגמול לשכול מחוסר פרנסה"

1

פרטי המצהיר

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

2

**הצהרה – לצורך קביעת זכאותכם לתוספת תגמול חודשי " תוספת לתגמול מחוסר פרנסה", עליכם להצהיר שאין לכם הכנסות, חודשיות או חד פעמיות, מכל מקור שהוא למעט המפורט להלן**

- הריני מצהיר כי אין לי כל הכנסות מכל מקור שהוא למעט מהמקורות המפורטים להלן:
- הכנסות מכל מקור עד לגובה 511 ₪ לזוג הורים שכולים ועד 408 ₪ להורה יחיד.
  - קצבאות מהמוסד לביטוח לאומי.
  - תשלומים המתקבלים כפיצוי על נזקי בריאות שנגרמו מחמת רדיפות הנאצים.

בהתאם למוצהר לעיל, הננו מבקשים לקבל תוספת פרנסה.

שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ חתימת המצהיר \* \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ חתימת המצהיר \* \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד