

طلب دفع مخصص متبقي لمتقاعد בקשה לתשלום קצבת שארי גמלאי

מרבא שלום רב,

מرفק אדנא נמודג طلب لدفع مخصص متبقي لمتقاعد מצ"ב מטה טופס בקשה לתשלום קצבת שארי גמלאי לקי נتمکن من معالجة طلبك، نطلب منك ملئ المستندات التالية وإرسالها إلينا כדי שנוכל לטפל בבקשתך, נבקשך למלא ולהעביר אלינו את המסמכים הבאים.

מה الذي يجب إرفاقه بنموذج الطلب מה יש לצרף לטופס הבקשה?

- نموذج طلب (أصلي) دفع مخصص متبقي لمتقاعد موقع من قبل مُقدم/ة الطلب
טופס בקשה לתשלום קצבת שארי גמלאי מקורי חתום על ידי מבקש/ת הקצבה
- صورة لبطاقة هوية مُقدم/ة الطلب تشمل الملحق
צילום תעודת זהות של מבקש/ת הקצבה כולל ספח
- صورة لبطاقة هوية المتوفي تشمل الملحق
צילום ת.ז של המנוח כולל ספח
- تأكيد أصلي وموقع من البنك يدل على إدارة حساب
אישור ניהול חשבון מקורי וחתום על ידי הבנק.
- شهادة وفاة للمتقاعد أو بيان عن الوفاة للتحقق من وفاة المتقاعد
תעודת פטירה של הגמלאי או הצהרת מוות לאימות פטירת הגמלאי
- حصر الإرث أو امر الوصية من المحكمة، مترجمة للعبرية ومصادق عليها بوزارة العدل الفلسطينية والإسرائيلية
צו ירושה או צוואה וצו קיום צוואה מתורגמים לעברית לאחר אימות משרד המשפטים הפלסטינאי ומשרד המשפטים הישראלי
- مُستندات وتأكيدات تُثبت سبب الوفاة
מסמכים ואישורים המעידים על סיבת הפטירה
- في طلب مُخصص أرمل/ة - أي وثيقة حديثة تثبت على السكن المشترك خلال العامين الماضيين (مثل الأثراب البلدية ودفع فواتير الكهرباء والماء)
בבקשת קצבה של אלמן/ה - כל מסמך עדכני המעיד על מגורים משותפים בשנתיים האחרונות (כדוגמת תשלומי ארנונה, תשלומי חשבונות חשמל ומים)
- إذا ترك المتوفي وراءه يتيماً "غير القادر على رعاية نفسه" وقت الوفاة وكانت هذه حالته قبل بلوغه سن 21 عاماً، فيجب ملئ نموذج مخصص لليتييم غير القادر على رعاية نفسه.
במידה והמנוח/ה השאיר אחריו/יה יתום/ה ש"אינו עומד ברשות עצמו" במועד הפטירה וזה היה מצבו בטרם הגיעו לגיל 21 יש למלא טופס ייעודי ליתום שאינו עומד ברשות עצמו
- إذا لم يتمكن/ تتمكن طالب/ة المخصص من إدارة شؤونه/شؤونها الخاصة، فيجب إرفاق أمر تعيين وصي ساري المفعول أو توكيل دائم.
במידה ומבקש הקצבה אינו יכול לנהל את ענייניו בעצמו יש לצרף צו מינוי אפוטרופוס בתוקף או ייפוי כוח מתמשך

كيف يتم إرسال المستندات אין לשלוח את המסמכים?

עنواننا البريدي:
عميتيم خدمات مالية
ص.ب 33532
تل ابيب 6133401
اسرائيل

כתובתנו למשלוח דואר:
עמיתים שירותים פיננסים
ת"ד 33532
תל אביב 6133401
ישראל

معلومات هامة חשוב לדעת

- إذا ترك المتوفي وراءه يتيما "غير القادر على رعاية نفسه" وقت الوفاة وكانت هذه حالته قبل بلوغه سن 21 عاماً، فيجب ملئ نموذج مخصص لليتييم غير القادر على رعاية نفسه.
- אם המנוח/ה השאיר/ה אחריו/ה יתום/ה ש"אינו עומד ברשות עצמו" במועד הפטירה וזה היה מצבו בטרם הגיעו לגיל 21 יש למלא טופס ייעודי ליתום שאינו עומד ברשות עצמו
- فقط بعد استلام جميع المستندات بشكل صحيح يمكننا معالجة طلبك.
רק לאחר קבלת כל המסמכים באופן תקין נוכל לטפל בבקשתך

استمارة طلب دفع مخصص متبقي لتقاعد טופס בקשה לתשלום קצבת שארי גמלאי

1. تفاصيل المتوفى פרטי המנוח/ה

| رقم الهوية מספר תעודת זהות | جنس מין זכר / أنثى נקבה | اسم العائلة שם משפחה | الاسم الشخصي שם פרטי | تاريخ الميلاد תאריך לידה |
|-------------------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| | | | | |

2. تفاصيل طالب المخصص פרטי מקש הקצבה

| رقم الهوية מספר תעודת זהות | جنس מין זכר / أنثى נקבה | اسم العائلة שם משפחה | الاسم الشخصي שם פרטי | تاريخ الميلاد תאריך לידה |
|-------------------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| | | | | |

| الحالة الاجتماعية מצב משפחתי (يرجى وضع إشارة حولها נא לסמן) | اسم الأب שם האב | اسم الجد שם הסב | رقم الخولي טלפון נייד |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------------|
| أعزب / عزباء רווק/ה متزوج / נשוי/ה مُطلق / גרושה أرمل / אלמן/נה | | | |

| عنوان السكن/الشارع כתובת מגורים/רחוב | رقم المنزل מס' הבית | مدينة עיר | البريد الإلكتروني דואר אלקטרוני |
|--------------------------------------|---------------------|-----------|---------------------------------|
| | | | |

א. أنا אני _____ حامل هوية رقم מספר ת.ז. _____

أطلب الموافقة على دفع مخصص متبقي מבקש/ת לאשר לי תשלום קצבת שארים.

قرباتي العائلية للمتوفي: (يجب وضع علامة X) קרבותי למנוח/ה היא (יש לסמן X)

الزوج / الزوجة בעל/אישה

زوج/ة بالمساكنة (يجب إرفاق حكم صادر عن هيئة قضائية مُختصة) ידוע/ה בציבור (יש לצרף פסק דין של ערכאה שיפוטית מוסמכת)

أن يكون عمر طفل المؤمن عليه أقل من 21 عامًا ילדו של המבוטח מתחת לגיל 21

ג. إذا كان الشخص الذي يطلب المخصص هو زوج/ة المتوفي: أقر بموجب هذا أنه من تاريخ

במידה ומבקש/ת הקצבה הינו בן/בת הזוג של המנוח/ה: אני מצהיר/ה בזה כי החל מיום _____ / _____ / _____

حتى وفاة المتوفي في ועד לפטירת המנוח/ה ביום _____ / _____ / _____ ,

قمنا بإدارة منزل مشترك باستمرار في العنوان التالي ניהלנו משק בית משותף ברציפות בכתובת: _____

ג. هل تعلم/ين بوجود أرامل / أخرى האם ידוע לך על קיומם/ן של אלמן/ה נוספים:

لا לא

نعم כן:

اسم שם _____ رقم الهوية ת.ז. _____ رقم الهاتف טלפון _____

اسم שם _____ رقم الهوية ת.ז. _____ رقم الهاتف טלפון _____

ד. ترك المتوفي وراءه أيتامًا تقل أعمارهم عن 21 عامًا وقت وفاته (يجب وضع علامة X)

המנוח/ה השאיר/ה אחריו/ה יתומים שגילם אינו עולה על 21 במועד פטירתו (יש לסמן X):

لا לא

نعم כן:

إذا أُجبت بنعم ولم يبلغ اليتيم بعد سن 21 عامًا - أقر اني الوصي الوحيد على ولد/أولاد المتوفي وأنه لم يتم تعيين وصي إضافي غيري والتزم بتزويد المؤسسة (الصندوق) بإشعار إذا تم تعيين وصي في المستقبل، مباشرة بعد تعيينه

במידה וענית כן והיתום טרם הגיע לגיל 21 - אני מצהיר/ה כי אני האפוטרופוס היחיד/ה על ילדו/יו של המנוח וכי לא מונה אפוטרופוס נוסף זולתי ואני מתחייב/ת למסור לתכנית הודעה אם ימונה אפוטרופוס בעתיד, מיד לאחר מינויו.

3. أولاد المؤمن عليه حتى سن 21 (بما في ذلك الأولاد من زواج سابق)

ילדי המבוטח עד גיל 21 (כולל ילדים מנישואים קודמים)

| اسم الولد שם הילד | رقم الهوية מס' ת"ז | تاريخ الميلاد תאריך לידה | يرجى الإشارة ما إذا كانوا قد أُجِّبوا من زواج سابق / طفل بالتبني / ابن الزوج נא לציין האם ילדו מנישואים קודמים/ ילדו המאומץ/ ילדו החורג |
|----------------------|-----------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

4. معلومات اتصال إضافية (باستثناء الزوج/ة) פרטי איש קשר נוסף (פרט לבן/בת הזוג)

| الاسم الكامل שם מלא | الرقابة العائلية קירבה | الهاتف טלפון | עنوان כתובת | البريد الإلكتروني דואר אלקטרוני |
|---------------------|------------------------|--------------|-------------|---------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |

5. تصريح طالب الخصاص הצהרת מבקש/ת הקצבה

1. أتعهد بتزويدكم بالمستندات والبيانات وفقاً لمتطلباتكم، لغرض تحديد أهليتي من صندوق التقاعد. אני מתחייב/ת להמציא לכם מסמכים ונתונים בהתאם לדרישתכם, לצורך קביעת זכאותי מתכנית הפנסיה.
2. أمتحکم إذناً لا رجعة فيه للاتصال بأي هيئة عامة، على النحو المحدد في قانون حماية الخصوصية، من أجل تلقي أي معلومات عني ضرورية لتوضيح أهليتي للحصول على مخصص من الصندوق. אני נותן/ת לכם הרשאה בלתי חוזרת לפנות לכל גוף ציבורי, כמוגדר בחוק הגנת הפרטיות, כדי לקבל כל מידע אודותיי הנחוץ לבירור זכאותי לקצבה מהתכנית.
3. أقر بأن جميع التفاصيل التي قدمتها أعلاه صحيحة. أتعهد بإخطاركم بأي تغيير قد يحدث في واحد أو أكثر من التفاصيل التي قدمتها، بما في ذلك أي حدث من شأنه تغيير عدد المتبقين من المتوفى. אני מצהיר/ה כי כל הפרטים שמסרתי לטוב נכונים. אני מתחייב/ת להודיע לכם על כל שינוי שיחול באחד או יותר מהפרטים שמסרתי, לרבות כל מאורע שישנה את מספר השאירים של המנוח/ה.
4. أقر بأنني على علم وأوافق على أنه إذا تبين أنني غير مؤهل للحصول على المخصص أو أنني قدمت للبرنامج تفاصيل غير صحيحة، يحق للبرنامج إلغاء استحقاقي للمخصص أو تحديث مبلغ المخصص. أدرك أنه في مثل هذه الحالة، يحق للصندوق أيضاً المطالبة باسترداد المبالغ التي دفعها لي أو تعويض المبلغ الذي تم دفعه لي عن طريق الخطأ، بالإضافة إلى فروق الربط والفائدة من دفع راتب سنوي أو أي مبلغ آخر سيتم إضافته إلي في البرنامج. אני מצהיר/ה כי ידוע לי ואני מסכים/ה כי אם יתברר שאין לי זכאות לקצבה או כי מסרתי לתכנית פרטים שאינם נכונים, התכנית תהיה רשאית לשלול זכאותי לקצבה או לעדכן את סכום הקצבה. ידוע לי כי במקרה כזה התכנית תהיה זכאית גם לדרוש החזר סכומים ששילמה לי או לקזז את הסכום ששולם לי בטעות, בתוספת הפרשי הצמדה וריבית מתשלום קצבה או מכל סכום אחר שיעמוד לזכותי בתכנית.
5. نظراً لأن الأهلية للحصول على المخصص تنتهي عند وفاة المستفيد/ة من المخصص، يجب عليك تقديم "شهادة حياة" للصندوق مرة كل 6 أشهر. سيؤدي عدم تقديم هذه الشهادة إلى وقف مدفوعات المخصص. מאחר וזכאות לקבלת קצבה פוקעת עם פטירת מקבל/ת הקצבה, מחובתך להמציא "אישור חיים" לתכנית אחת ל-6 חודשים. אי המצאת אישור זה תביא להפסקה בתשלומי הקצבאות.
6. المعلومات المقدمة إلى المؤسسة في إطار هذا المستند، جزئياً، مطلوبة بموجب القانون ووفقاً للوائح البرنامج وسيتم استخدامها من قبل البرنامج لأغراض تقديم الخدمة (بما في ذلك فحص حقوقك وفقاً للوائح البرنامج)، وتحسينها وكفاءتها وتشغيلها، وكذلك لإجراء الدراسات الإحصائية. سيتم نقل المعلومات إلى أطراف ثالثة وفقاً للقانون ولوائح البرنامج واللوائح، حسب الحالة. המידע הנמסר לתכנית במסגרת מסמך זה, בחלקו מתחייב ע"פ דין וע"פ תקנון התכנית וישמש את התכנית לצרכי מתן השירות (ולרבות בחינת זכויותיך ע"פ תקנון התכנית), שיפורו, ייעולו ותפעולו, וכן לביצוע מחקרים סטטיסטיים. המידע יועבר לצדדים שלישיים בהתאם לדין, לתקנון התכנית והרגולציה, לפי העניין.

أنا الموقع:

על החתום:

الاسم الكامل שם מלא رقم الهوية מס' ת"ז التاريخ תאריך التوقيع חתימה

6. تفاصيل الحساب المصرفي פרטי חשבון בנק

| اسم البنك שם הבנק | اسم الفرع שם הסניף | رقم الفرع מספר סניף | رقم الحساب מספר חשבון | الاسم الكامل باللغة الإنجليزية حسب المسجل في أوراق البنك שם מלא באנגלית כמופיע בדפי הבנק |
|----------------------|-----------------------|------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | |

الحساب البنكي باسمي ولا يدار في فرع بنك في غزة حשבון הבנק הוא על שמי ואינו מתנהל בסניף בנק בעזה

أوافق بموجب هذا وأؤكد أنه في حالة إجراء الدفع إلى هذا الحساب عن طريق الخطأ بعد وفاتي بما يتجاوز أهليتي بموجب أي قانون، يحق للبرنامج استرداد الأموال من البنك فور الطلب الأول. أعطي تعليمات غير قابلة للإلغاء للبنك لتنفيذ ما سبق ذكره (يجب إرفاق تعليمات غير قابلة للإلغاء بتوقيع البنك).

אני מסכים/ה ומאשר/ת בזאת כי בכל מקרה שיועבר תשלום לחשבון זה בטעות לאחר פטירתי מעבר לזכאותי ע"פ כל דין תהיה התכנית זכאית לקבל מהבנק החזר תשלום מיד עם דרישה ראשונה. אני נותן/ת הוראה בלתי חוזרת לבנק לביצוע האמור (יש לצרף הוראה בלתי חוזרת בחתימת הבנק).

أنا الموقع:

על החתום:

| | | | |
|---------------------|--------------------|---------------|---------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| الاسم الكامل شם מלא | رقم الهوية מס' ת"ז | التاريخ תאריך | التوقيع חתימה |