המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

בקשה להפסקה / חידוש מזונות

חותמת קבלה	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות / דרכון סוג המסמך 1 0 דפים

1 פרטי המבקשת

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

2 106 – הפסקת תשלום מזונות

אני החתומה מטה מבקשת מהמוסד לביטוח לאומי להפסיק את תשלום דמי המזונות המשולמים לי על פי חוק המזונות (הבטחת תשלום) תשל"ב, החל מיום: _____

סיבת ההפסקה

(11) ❑ שלום בית ☜ ההפרשים (הסכום בין גובה פסק הדין לתשלום בפועל), בגין העבר לא יגבה ע"י המוסד לביטוח לאומי.

(12) ❑ גביה עצמית (תקנות)

(13) ❑ גביה עצמית (פסק דין)

(99) ❑ אחר _____

כתובת הזוכה _____ טלפון / נייד _____

כתובת החייב _____ טלפון / נייד _____

חתימת הזוכה ✘ _____ תאריך _____

3 106 – חידוש תשלום מזונות תוך שישה חודשים וללא פסק דין

אני החתומה מטה מבקשת מהמוסד לביטוח לאומי לחדש את תשלום דמי המזונות על-פי חוק המזונות (הבטחת תשלום)

החל מיום: _____

❑ קבלתי מן החייב תשלומים ישירים עד ליום _____

❑ קבלתי מן החייב תשלומים באמצעות הוצל"פ עד ליום _____ (נא צרפי אישור)

❑ לא קבלתי מן החייב כל תשלום מיום ההפסקה. פרט מקורות קיום _____

_____

❑ לא חל כל שינוי בפרטי הבקשה ופסק הדין

❑ חל שינוי ב: ❑ פסק הדין ❑ מצב משפחתי ❑ פרטי ילדים ❑ פרטי חייב ☜ יש למלא את הטופס המתאים

כתובת הזוכה _____ טלפון / נייד _____

כתובת החייב _____ טלפון / נייד _____

אני מצהירה שכל הפרטים שמסרתי הינם נכונים ואני מתחייבת להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטים שמסרתי

חתימת הזוכה ✘ _____ תאריך _____

4 החלטת הפקיד

❑ לחדש מיום _____

❑ לא לחדש. סיבה: _____

חתימת פקיד תביעות ✘ _____ תאריך _____