תאריך : _____

בקשת תשלום מענק הוני בהתאם לתיקון מס׳ 4 לחוק תשלום קצבאות לחיילי מילואים ולבני משפחותיהם, התשע״א - 2011

א. פרטי הנפטר

מס׳ אישי								שם משפחה	שם פרטי	תאריך פטירה						מס׳ זהות									מצב משפחתי			
																									ר	נ	א	ג

ב. פרטי בן/ת הזוג

מס׳ זהות										שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה						תאריך נישואים					

*** יש לצרף צילום תעודת זהות של בן הזוג**

כתובת וטל׳ בן/ת הזוג

יישוב	רחוב	מספר בית	מיקוד	טלפון	נייד

ג. פרטי הורי הנפטר

	מס׳ זהות										שם משפחה	שם פרטי	מען (יישוב, רחוב, מספר)	טלפון	נייד
אב															
אם															

*** יש לצרף צילום תעודת זהות של הורי הנפטר**

ד. פרטי חשבון הבנק (שהינך הבעלים בו) לשם יועבר המענק ההוני

שם הבנק	מס׳ הסניף	מס׳ החשבון	מען הסניף (יישוב, רחוב, מספר)

*** מומלץ לצרף צילום צ׳ק, במידה ואין יש לצרף תדפיס בנק עדכני המצוינים בו פרטי חשבון זה**

ה. הצהרת המבקש/ת

אני החתום מטה, _____ _____ _____

שם משפחה שם פרטי ת.ז

מצהיר/ה כי כל הפרטים אשר מסרתי לעיל הם נכונים, מלאים ומדויקים. ידוע לי כי העלמת פרטים בהצהרתי זו או מתן תשובות שאינן מלאות וכנות עשויה לגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכאותי למענק עפ״י החוק.

ולראיה באתי על החתום

_____ _____

תאריך חתימת המצהיר