



### הכנסות נוספות

סוג	סכום חודשי
קצבת זקנה:	
קצבת שארים:	
דמי אבטלה:	
קצבת נכות:	
אחר-פרט:	

שם הבנק: \_\_\_\_\_ מספר הסניף: \_\_\_\_\_ מספר חשבון הבנק: \_\_\_\_\_

הצהרה: אני מצהיר/ה בזה שכל הפרטים שמסרתי נכונים מלאים ומדויקים. כמו כן, אני מתחייב/ת להשלים ולעדכן אותם אם יחול שינוי בכל התקופה בה אני זכאי/ת לסיוע מהקרן.

כמו כן, ידוע לי כי במידה ולא מילאתי את השאלון במלואו ו/או לא צירפתי את כל הסמנים המתבקשים, בקשתי לא תובא לדיון.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_