

**מדינת ישראל**  
**משרד הביטחון/ אגף שיקום נכים**

מחוז שיקום: \_\_\_\_\_ מספר תיק: \_\_\_\_\_

**לכבוד**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**הנדון: הצהרה ועדכון פרטים אישיים**

**מהות השינוי:**  נישואין  חיים משותפים עם בן/בת זוג (ידועה/בציבור)  הולדת בן/בת  שינוי כתובת  פטירת בן משפחה  
 נבקשך למלא הפרטים הרשומים מטה במלוא, לחתום ולהחזיר את הטופס בהקדם למשרדנו.

שם משפחה										שם פרטי										שם האב										תעודת זהות																			
שם בן/ת הזוג/ ידועה/ בציבור (חברה לחיים)										תאריך לידה										תאריך נישואין/גירושין/פטירה										תעודת זהות																			
מען-עיר										רחוב										בית					דירה					מיקוד					טלפון														
תאריך לידה										שנה					חודש					יום					ת. עליה					שנה					חודש					יום					ארץ לידה				

**ילדים גם אם כבר בגרו**

שם	ת. לידה	תעודת זהות	מין

שם	ת. לידה	תעודת זהות	מין

הערות:

\_\_\_\_\_

על שינויים במצב המשפחתי, הולדת ילד ולגבי תאריך לידה של הזכאי יש לצרף מסמכים המעידים על כך.

**הצהרה:** הריני מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים לפי ידיעתי. ידוע לי כי אהיה צפוי לעונש בהתאם לחוק בעד ידיעה כוזבת או העברת מידע חלקי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

**לשימוש המשרד בלבד**

הנני לאשר כי הוצגו בפני מסמכים המפורטים מטה ומצאתים זהים להצהרתו של הנ"ל.

פרוט המסמכים:

\_\_\_\_\_