

### בקשה לסיוע משפטי

- הערות: 1. בכל מקום שבו מצוין לשון זכר, הכוונה ללשון זכר ונקבה כאחד  
2. במידה והנדן מתחת לגיל 18, נא לסמן משבצת זו, ועורך דין המתמחה בייצוג ילדים ובני נוער ייצור עמך קשר בהקדם.

#### א. פרטי ממלא הבקשה

המבקש  עובד סוציאלי (נא צרף חו"ד עו"ס אם קיימת)  עמותה  קרוב משפחה  אחר: \_\_\_\_\_

#### ב. פרטי המבקש

מספר זהות (9 ספרות)	שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה
כתובת מגורים (נא לציין אם מדובר במסגרת דיור מוגן/פנימייה/משפחת אומנה/הוסטל וכ"ו)			
רחוב/שכונה	בית	דירה	עיר
כתובת למשלוח דואר (במידה וכתובת למשלוח דואר שונה מכתובת מגורים)			
רחוב/שכונה	בית	דירה	עיר
מין	מצב משפחתי	מסתייע באפטרופוס/תומך/מיופה כח	מיקוד
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> חי בנפרד <input type="checkbox"/> ידוע בציבור	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____	מיקוד
מספר נייד/טלפון	מספר נייד/טלפון נוסף	מספר ילדים מתחת גיל 18	מספר נייד/טלפון
_____	_____	_____	_____
דואר אלקטרוני (מייל)		דת המבקש	דת בן/ת הזוג
_____@		_____	_____

#### ג. פרטי בן הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה
_____	_____	_____	_____

#### ד. פרטי איש קשר מטעם הרשאי לקבל מידע

מספר זהות (9 ספרות)	שם פרטי	שם משפחה	מספר נייד/טלפון
_____	_____	_____	_____

#### ה. הנושא המשפטי בו מבוקש הסיוע

ענייני משפחה:

הסדר התדיינויות/יישוב סכסוך  ענייני רכוש  גביית מזונות  גביית מזונות חו"ל\*  אבהות  גביית מזונות חו"ל\*  כשרות משפטית: אפטרופוס/תמיכה  עניינים הנוגעים לילדים  צו הגנה  תיקי חוק הנוער/אימוץ  מזונות

ביטוח לאומי (יש לצרף מכתב תשובה לבקשתך מהמוסד לביטוח לאומי)

בנושא: \_\_\_\_\_ | סניף מטפל: \_\_\_\_\_

אזרחי:

מקרקעין (למעט רישום מקרקעין)  הפטר (הוצאה לפועל/פשיטת רגל)  דיור ציבורי  הוצאה לפועל  תביעה כספית  דיני עבודה  פשיטת רגל  הגנה מפני תביעה  תביעת נזיקין

עניין אחר, פרט: \_\_\_\_\_

ז. האם טופלת בעבר ע"י עו"ד פרטי או עו"ד מטעם הסיוע המשפטי:

לא  כן, שם עורך הדין: \_\_\_\_\_  
בעניין: \_\_\_\_\_

ו. האם מתנהלים הליכים בבית משפט/בית דין/ביחידות הסיוע (מהו"ת)?

לא מתנהלים הליכים  כן, מקום ההליך: \_\_\_\_\_  
תאריך הדיון הבא: \_\_\_\_\_  
בעניין: \_\_\_\_\_

#### ח. מקורות הכנסה של המבקש

משכורת/קצבה/הכנסה אחרת \_\_\_\_\_ בסך \_\_\_\_\_ ₪

#### ט. הכנסת בן הזוג/בן משפחה המתגורר עם המבקש

שם \_\_\_\_\_ קרבה \_\_\_\_\_ הכנסה בסך \_\_\_\_\_ ₪

#### י. רכוש מגורים/רכב/נכס אחר

\_\_\_\_\_

יא. פרטים נוספים – פירוט עיקר הטענות

חתימה

תאריך

יב. צירוף מסמכים לבקשה (בנושא ביטוח לאומי והנושאים המסומנים יש לדלג על סעיף זה – לא נבחנת זכאות כלכלית).

נא לצרף לבקשה:

- אישורים על **הכנסותיך ו/או הכנסות בן הזוג** מכל מקור לשלושה חודשים אחרונים, אישורים על קצבאות ביטוח לאומי, תדפיסי עובר ושב ודף ריכוז יתרות של חשבונך.
- העתק מהזמנה לפגישת מהו"ת או מהזמנה לדין וכן כל חומר משפטי בענייך בבתי המשפט/בתי דין/לשכות הוצאה לפועל הקשורים לענייך.

יג. פרטי מחוזות הסיוע המשפטי ברחבי הארץ

מחוז	כתובת	פקס	דואל
צפון	רח' תאופיק זיאד 3047, בנין ופא סנטר קומה 5, ת.ד. 50021, נצרת 1616001	02-6462532	Naz-Siyua@justice.gov.il
חיפה	רח' פל ים 15א', קומה 11, חיפה 3133002	02-6467943	Haf-Siyua@justice.gov.il
תל אביב	רח' הנרייטה סולד 4, תל אביב 6492404	02-6467717	Tlv-Siyua@justice.gov.il
מרכז	אבא הלל סילבר 13, לוד 7129463	02-6468008	Mz-Siyua@justice.gov.il
ירושלים (כולל אשדוד ואילת)	רח' הסורג 1, בית מצפה, ת.ד. 1777 ירושלים 9414501	02-6467611	Jer-Siyua@justice.gov.il
דרום	קרן היסוד 4 בית קרסו קומה 5 (מול בנק טפחות), ת.ד. 534, באר שבע 8410401	02-6467672	Bsh-Siyua@justice.gov.il

יד. פרטי התקשרות

שעות קבלת קהל במחוזות:

ימים א' ב' ג' ו-ה', בין השעות 08:30-12:30.

ביום ג', גם בין השעות 15:00-17:00.

ביום ד', לא מתקיימת קבלת קהל במחוזות.

מוקד טלפוני ארצי:

16:00-8:00. ימים א'-ה' בין השעות 076-5300-899 שלוחה 4 או 1-700-70-60-44 שלוחה 4.

## טופס ויתור על סודיות

כל מאן דבעי

אני הח"מ מספר ת"ז 9) \_\_\_\_\_  
: ספרות) \_\_\_\_\_

נותן בזה רשות לכל אדם, ללא יוצא מן הכלל ובכלל זה משרד ממשלתי, רשות או מוסד ובכלל זה:

**רשות האכיפה וההוצאה לפועל**, לקבל בשמי ובמקומי ולמסור לכל עובד בסיוע המשפטי (להלן: "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובכל אופן שיתבקש על ידו, על מצב חשבונותיי, על הכנסותיי, על נכסי והוני, ועל כל מידע הנוגע לי ממערכת ההוצאה לפועל, והנני משחרר בזאת כל אדם, מוסד, בנק, רשות ומשרד ממשלתי כנ"ל, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצב חשבונותיי וחשבונות שיש לי בהם ייפוי כוח כנ"ל ומוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליהם טענה בגין הפרת סודיות, פגיעה בפרטיות ו/או כל טענה אחרת ו/או תביעה מסוג כלשהוא בקשר למידע הנ"ל.

**כל הרשויות/גופים ציבוריים**, ובכלל זה **קופת חולים והמוסד לביטוח לאומי** (להלן ה"רשויות"), לקבל בשמי ובמקומי ולמסור לכל עובד בסיוע משפטי (להלן: "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובכל אופן שיתבקש על ידו, על כל מידע בדבר מצב בריאותי לרבות כל מחלה ו/או נכות אשר ממנה סבלתי בעבר ו/או כל מחלה ו/או נכות מהן אני סובלת/ת כעת, על הכנסותיי, על הוני ועל מצבי האישי והנני משחרר בזאת כל אדם, מוסד, בנק, רשות ומשרד ממשלתי כנ"ל, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למידע המפורט לעיל ולא תהיינה לי כלפי הסיוע המשפטי או מי מטעמו כל טענה ו/או תביעה מסוג כלשהו בקשר למידע הנ"ל.

ולראייה באתי על החתום:

חתימת המצהיר/ה

תאריך

חתימת העד

שם העד לחתימה

מקום החתימה

- **הערה:** יש לסמן X במקום המתאים ובהתאם לעניין. אם הנושא המבוקש הוא הוצאה לפועל יש לסמן X בריבוע הראשון. אם הנושא המבוקש הוא ביטוח לאומי, יש לסמן X בריבוע השני.