



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

אל: משרד הביטחון - אגף משפחות, הנצחה ומורשת

תאריך	
מספר תיק	
מחוז מטפל	

הנדון: טופס הצהרה על אי קבלת תשלום מגורם אחר עבור טיפול נפשי / התערבות רגשית

בנוגע לחשבוניות שיוגשו

מתאריך	ועד תאריך (סוף השנה הקלנדרית)
--------	-------------------------------

אני הח"מ מצהיר בזאת כי:

- לא קיבלתי עבור הוצאה זו, תשלום/החזר כספי מכל גורם אחר, המקנה זכאות למטרה זו ואין כוונתי לפנות לקבלת תשלום/החזר כספי, מלבד לאגף משפחות הנצחה ומורשת.
- ידוע לי כי במידה ואקבל תשלום/החזר כספי מגורם אחר, עבור אותה מטרה, יהיה עלי להחזיר את הסיוע במלואו או בחלקו לאגף, לרבות בדרך של קיזוז מהתגמול החודשי, בהתאם לתחשיב שיבוצע עבורי.
- הנני מתחייב לשמור את חשבונית המס/הקבלה המקורית/ העתק נאמן למקור (במקרה של אובדן המקור) לתקופה של 3 חודשים, וידוע לי כי בתוך תקופה זו יהיה רשאי משרד הביטחון לדרוש את המצאתן של הקבלה המקורית / העתק נאמן למקור.
- במקרה של אובדן חשבונית מס/ קבלה מקורית - החשבונית מס / הקבלה הינה "העתק נאמן למקור" כיוון שאין ברשותי חשבונית מס/ קבלה מקורית מהסיבה**

- היה ויתברר כי התמורה כולה או חלקה שולמה לי בעבר על ידי משרדכם, הנני מתחייב/ת להשיב את הסכום ששולם למשרד הביטחון - אגף משפחות, הנצחה ומורשת.

שם פרטי	שם משפחה	מספר תעודת זהות
---------	----------	-----------------

תאריך _____ ☐ הריני מאשר/ת חתימת המסמך באופן דיגיטלי

חתימת המבקש

(במקרים בהם הטופס מוגש ידני)

משרד הביטחון, אגף משפחות, הנצחה ומורשת

מרכז שרות טלפוני: 03-7776700 | www.mishpahot-hantzaha.mod.gov.il