



מדינת ישראל
משרד הביטחון

הצהרה על אי קבלת תשלום מגורם אחר

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזאת, בהמשך לבקשתי לקבלת החזר כספי בסכום של _____ ₪

בנושא _____ כדלקמן:

1. לא קיבלתי בגין ההוצאה בגינה מבוקש החזר הכספי הנ"ל, כל תשלום/החזר כספי מכל גורם אחר, המקנה זכאות למטרה זו (להלן: "גורם אחר") ואין בכוונתי לפנות לקבלת תשלום/החזר כספי מלבד לאגף שיקום נכים.
2. הנני מתחייב לשמור את הקבלות/החשבוניות המקוריות לתקופה של 90 יום ממועד העברתן במדיה דיגיטלית לאגף שיקום נכים וידוע לי כי בתקופה זו יהיה רשאי משרד הביטחון/אגף שיקום נכים לדרוש את המצאתן של הקבלות/החשבוניות המקוריות לצרכי בקרה של המשרד.
3. ידוע לי כי במקרה ולא אציג כמבוקש על ידי האגף את הקבלות/החשבוניות המקוריות תוך 30 יום מבקשת האגף – סכום החזר יראה כתשלום יתר ויקוזז תגמולי הקרובים.
4. 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

פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות
רחוב	מספר בית	יישוב
מיקוד	ת"ד	מספר תיק באגף השיקום
דואר אלקטרוני		

הריני מאשר/ת חתימת המסמך באופן דיגיטלי

תאריך _____

חתימת המבקש

במקרים בהם הטופס מוגש ידני.