



מדינת ישראל
 האגף לסיוע משפטי - משרד המשפטים
בקשה לסיוע משפטי
 הערה: בכל מקום בו מצוין לשון זכר, הכוונה ללשון זכר ונקבה כאחד



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 משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
	_____	_____	
כתובת	רחוב/שכונה	מספר	עיר
_____	_____	_____	_____
מין	מצב משפחתי	מיקוד	מספר ילדים מתחת גיל 18
<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	_____	_____
מספר פלאפון/טלפון	דואר אלקטרוני (מייל)	_____ @ _____	
_____	_____	_____	

ג. פרטי בן הזוג

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

ד. הנושא המשפטי בו מבוקש הסיוע

ענייני משפחה:

<input type="checkbox"/> ייצוג בהליך של יישוב סכסוך	<input type="checkbox"/> ענייני רכוש	<input type="checkbox"/> גביית מזונות נגד חייב בחו"ל
<input type="checkbox"/> גירושין/התרת נישואין	<input type="checkbox"/> אבהות	<input type="checkbox"/> תיקי נוער
<input type="checkbox"/> עניינים הנוגעים לילדים	<input type="checkbox"/> צו הגנה	<input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____
<input type="checkbox"/> מזונות	<input type="checkbox"/> כשרות משפטית/אפורוסות	_____

ביטוח לאומי (יש לצרף מכתב דחיית בקשתך מהמוסד לביטוח לאומי):
 בנושא: _____ | סניף מטפל: _____

מקרקעין (למעט רישום מקרקעין) הוצאה לפועל פשיטת רגל דיני עבודה תביעת נזיקין

תביעה כספית הגנה בפני תביעה כספית עניין אחר, פרט: _____

ו. ענייני מטופל או טופל בעבר ע"י עו"ד פרטי או עו"ד מטעם הסיוע המשפטי:

לא

כן, שם עורך הדין: _____

בעניין: _____

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

לא מתנהלים הליכים

כן, מקום ההליך: _____

תאריך הדיון הבא: _____

בעניין: _____

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

נא לצרף לבקשה:

- אישורים על הכנסותיך 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 מהחלטות ו/או פסקי דין הקשורים לעניין.

ח. קוד אישי

על מנת לטפל בבקשתך באופן אישי, אנא בחר קוד אישי בן ארבע ספרות אשר ישמש אותך להתקשרות עם מחוזות הסיוע המשפטי והמוקד הטלפוני במהלך הטיפול בתיק

□ □ □ □

ט. תשלום אגרה

הריני מתחייב לשלם מקדמת אגרת השתתפות בסך של 36 ₪ באמצעות שובר תשלום שישלח אלי בתוך שבעה ימים ממועד בדיקת בקשתי למעט מקרה בו אמצא בפטור. ידוע לי כי אם לא אמצא בפטור על פי דין, זכאותי לקבלת ייצוג משפטי תותנה בתשלום השלמת אגרה כקבוע בחוק בסכום שבין 31 ₪ ל-99 ₪.

חתימה

תאריך



מדינת ישראל
האגף לסיוע משפטי - משרד המשפטים



פרטי מחוזות האגף לסיוע משפטי

מחוז	כתובת	פקס	דוא"ל
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 והמרכז	רח' הנרייטה סולד 4, תל אביב 6492404	02-6467717	Tlv-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
באר שבע והדרום	קרן היסוד 4 בית קרסו קומה 5 (מול בנק טפחות), ת.ד. 534, באר שבע 8410401	02-6467672	Bsh-Siyua@justice.gov.il

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

1-700-70-60-44 שלוחה 4 או 076-5300899 שלוחה 4. ימים א'-ה' בין השעות 08:00-17:00.

דוא"ל: moked-siyua@justice.gov.il

תשומת לבכם כי בשליחת דוא"ל יש לציין את שם המחוז אליו אתם משתייכים, ולאחר הפגישה עם עו"ד בסיוע המשפטי לציין את מספר תיק הסיוע המשפטי שבעניינו פונים.



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 באגף לסייע משפטי (להלן: "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובל אופן שיתבקש על ידו, על מצב חשבונתי, על הכנסותי, על נכסי והוני, ועל כל מידע הנוגע לי ממערכת ההוצל"פ, והנני משחרר בזאת כל אדם, מוסד, בנק, רשות ומשרד ממשלתי כנ"ל, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצב חשבונתי 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.

קופת חולים והמוסד לביטוח לאומי (להלן ה"רשויות"), לקבל בשמי ובמקומי ולמסור ולכל עובד באגף לסייע משפטי (להלן: "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובל 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, על הכנסותי, 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 האגף לסייע משפטי או מי מטעמו כל טענה ו/או תביעה מסוג כלשהוא 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.