

בקשה למתן תעודה ממרשם האוכלוסין
(תעודה לידה, תמצית רישום, תעודת פטירה)
Application for Document from the Population Registry
(birth certificate, registration abstract, death certificate)

פרטי מבקש השרות:																																																																																																		
מספר הזהות Identity number		שם המשפחה Last name		השם הפרטי First name		שם האב Father's name		מספר הטלפון Telephone number																																																																																										
Please check the appropriate box נא לסמן X במשבצת המתאימה לבקשתך ☐ תעודה לידה ☐ Birth certificate ☐ תעודת פטירה ☐ Death certificate Surname of mother's father: _____ שם המשפחה של אבי האם: _____ Name of hospital in which the birth took place: _____ שם בית החולים שבו אירעה הלידה: _____ City: _____ היישוב: _____ If you are not an immediate family member of the person for whom the service is requested, you must attach a letter with your reasons for the application, or a power of attorney. אם אינך מקרבה ראשונה לאדם אודותיו מבוקש השירות, עליך לצרף מכתב עם נימוק לבקשה, או ייפוי כח.																																																																																																		
☐ תמצית מרשם האוכלוסין ☐ Abstract from the Population Registry Required for the purpose of _____ דרוש למטרת _____ If the application is submitted for an immediate family member, a power of attorney and the identity card of the family member must be attached. אם הבקשה מבוקשת עבור בן משפחה מקרבה ראשונה יש לצרף ייפוי כח ותעודת זהות של בן המשפחה. If the application is submitted for another family member or for anyone else, a power of attorney made by an attorney or a court judgment must be attached. אם הבקשה מבוקשת עבור בן משפחה אחר או עבור הזולת לצרף ייפוי כח מעורך דין או פסק דין מבית משפט.																																																																																																		
☐ תעודת פטירה ☐ Death certificate Date of death: _____ תאריך הפטירה: _____ Place of death: _____ מקום הפטירה: _____ Name of hospital _____ היישוב _____ שם בית החולים _____ ☐ Showing the cause of death ☐ Not showing the cause of death ☐ עם ציון סיבת הפטירה ☐ ללא ציון סיבת הפטירה																																																																																																		
Details of the person for whom the application is submitted פרטי האדם אודותיו מבוקשת הבקשה <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th>מספר הזהות Identity number</th><th>שם המשפחה Last name</th><th>השם הפרטי First name</th><th>שם האב Father's name</th><th>שם הסב (למיעוטים) Grandfather's name (for minorities)</th><th>שם האם Mother's name</th><th colspan="3">תאריך לידה עברי Hebrew date of birth</th><th colspan="3">תאריך לידה לועזי Gregorian date of birth</th></tr><tr><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th>יום Day</th><th>חודש Month</th><th>שנה Year</th><th>יום Day</th><th>חודש Month</th><th>שנה Year</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th>ארץ הלידה Country of birth</th><th>המין Sex</th><th>המצב האישי Personal status</th><th>הלאום Nationality</th><th>שם משפחה קודם Former last name</th><th>שם פרטי קודם Former first name</th><th>שם נעורים לנשוי/אה Maiden name</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td>זכר ☐ Male</td><td>רווק ☐ Single</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>נקבה ☐ Female</td><td>גרוש ☐ Divorced</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>נשוי ☐ Married</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>אלמן ☐ Widow/er</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th colspan="5">המען Address</th><th>מספר הטלפון Telephone number</th></tr><tr><th>היישוב City</th><th>הרחוב Street</th><th>מספר הבית Building number</th><th>מספר הדירה Apartment number</th><th>המיקוד ZIP code</th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> _____ הפרטים המבוקשים - פרט: _____ Requested details – specify: _____ המען למשלוח התיעוד: Mailing address for the document מספר טלפון Telephone number המיקוד ZIP code מספר הבית Building number הרחוב Street היישוב City מקום: Place תאריך: Date חתימת המבקש: Applicant's signature										מספר הזהות Identity number	שם המשפחה Last name	השם הפרטי First name	שם האב Father's name	שם הסב (למיעוטים) Grandfather's name (for minorities)	שם האם Mother's name	תאריך לידה עברי Hebrew date of birth			תאריך לידה לועזי Gregorian date of birth									יום Day	חודש Month	שנה Year	יום Day	חודש Month	שנה Year													ארץ הלידה Country of birth	המין Sex	המצב האישי Personal status	הלאום Nationality	שם משפחה קודם Former last name	שם פרטי קודם Former first name	שם נעורים לנשוי/אה Maiden name		זכר ☐ Male	רווק ☐ Single						נקבה ☐ Female	גרוש ☐ Divorced							נשוי ☐ Married							אלמן ☐ Widow/er					המען Address					מספר הטלפון Telephone number	היישוב City	הרחוב Street	מספר הבית Building number	מספר הדירה Apartment number	המיקוד ZIP code							
מספר הזהות Identity number	שם המשפחה Last name	השם הפרטי First name	שם האב Father's name	שם הסב (למיעוטים) Grandfather's name (for minorities)	שם האם Mother's name	תאריך לידה עברי Hebrew date of birth			תאריך לידה לועזי Gregorian date of birth																																																																																									
						יום Day	חודש Month	שנה Year	יום Day	חודש Month	שנה Year																																																																																							
ארץ הלידה Country of birth	המין Sex	המצב האישי Personal status	הלאום Nationality	שם משפחה קודם Former last name	שם פרטי קודם Former first name	שם נעורים לנשוי/אה Maiden name																																																																																												
	זכר ☐ Male	רווק ☐ Single																																																																																																
	נקבה ☐ Female	גרוש ☐ Divorced																																																																																																
		נשוי ☐ Married																																																																																																
		אלמן ☐ Widow/er																																																																																																
המען Address					מספר הטלפון Telephone number																																																																																													
היישוב City	הרחוב Street	מספר הבית Building number	מספר הדירה Apartment number	המיקוד ZIP code																																																																																														
לשימוש המשרד For office use only קבלה מס' מתאריך: Receipt no. Date: הלשכה האזורית ב- שם מקבל הבקשה: _____ תאריך: שם הבדוק: _____ Regional office in _____ Date _____ Name of the person taking the application _____ Name of inspector _____																																																																																																		