

**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

שם המשפחה של אבי האם: \_\_\_\_\_  
 שם בית החולים שבו אירעה הלידה \_\_\_\_\_  
 היישוב \_\_\_\_\_  
 שם בית החולים שבו אירעה הלידה \_\_\_\_\_  
 City \_\_\_\_\_

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.

תמצית מרשם האוכלוסין  Abstract from the Population Registry

דרוש למטרת \_\_\_\_\_  
 אם הבקשה מבוקשת עבור בן משפחה מקרבה ראשונה יש לצרף ייפוי כח ותעודת זהות של בן המשפחה.  
 אם הבקשה מבוקשת עבור בן משפחה אחר או עבור הזולת לצרף ייפוי כח מעורך דין או פסק דין מבט משפט.

Required for the purpose of \_\_\_\_\_  
 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.  
 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.

תעודת פטירה  Death certificate

תאריך הפטירה: \_\_\_\_\_  
 מקום הפטירה: \_\_\_\_\_  
 שם בית החולים \_\_\_\_\_ היישוב \_\_\_\_\_  
 Date of death: \_\_\_\_\_  
 Place of death: \_\_\_\_\_  
 Name of hospital \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_

Showing the cause of death  Not showing the cause of death

**פרטי האדם אודותיו מבוקשת הבקשה** **Details of the person for whom the application is submitted**

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 <input type="checkbox"/> Male נקבה <input type="checkbox"/> Female	רווק <input type="checkbox"/> Single נשוי <input type="checkbox"/> Married גרוש <input type="checkbox"/> Divorced אלמן <input type="checkbox"/> Widow/er				

המען Address					מספר הטלפון Telephone number
היישוב City	הרחוב Street	מספר הבית Building number	מספר הדירה Apartment number	המיקוד ZIP code	

פרטים המבוקשים - פרט: \_\_\_\_\_  
 Requested details – specify: \_\_\_\_\_

המען למשלוח התיעוד: \_\_\_\_\_  
 Mailing address for the document: \_\_\_\_\_  
 היישוב \_\_\_\_\_ הרחוב \_\_\_\_\_ מספר הבית \_\_\_\_\_ המיקוד \_\_\_\_\_  
 City \_\_\_\_\_ Street \_\_\_\_\_ Building number \_\_\_\_\_ ZIP code \_\_\_\_\_

מספר טלפון \_\_\_\_\_  
 Telephone number \_\_\_\_\_

מקום: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_  
 Place \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

חתימת המבקש: \_\_\_\_\_  
 Applicant's signature \_\_\_\_\_

**לשימוש המשרד**  
**For office use only**

קבלה מס' _____ מתאריך: _____ Receipt no. _____ Date: _____	הלשכה האזורית ב- _____ תאריך: _____ שם מקבל הבקשה: _____ שם הבודק: _____
---	---

Regional office in \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Name of the person taking the application \_\_\_\_\_ Name of inspector \_\_\_\_\_