

## בקשה למענק לתלמידי תואר שלישי

### הנחיות כלליות

לפני מילוי הטפסים המצורפים, יש לקרוא בעיון את ההודעה של המוסד לביטוח לאומי בדבר סיוע במימון מחקרים וההנחיות הכלליות שפורסמו לאחרונה. יש להקפיד על הגשת בקשה בהתאם להנחיות. הצעות מחקר יודפסו על גבי הטפסים הרשמיים של הקרן למחקרים. יש להגיש 2 עותקים מלאים וחתומים של הבקשה. בנוסף, תוגש הבקשה באמצעות הדואר האלקטרוני או על גבי תקליטון/תקליטור.

הבקשה למענק כוללת את החלקים הבאים:

- חלק א': טופס בקשה למענק – פרטים כלליים
- חלק ב': תקציר המחקר
- חלק ג': תוכנית המחקר – הצעה מפורטת
- חלק ד': קורות חיים
- חלק ה': אישור על הצעת המחקר והמלצות המדריך/ים.

### כתובת למשלוח הבקשות:

ועדת המחקרים  
מינהל המחקר והתכנון  
המוסד לביטוח לאומי  
שדרות ויצמן 13, ירושלים 91909  
דואר אלקטרוני: research@nioi.gov.il  
טלפון: 02-6463122 פקס: 02-6528508

חלק א': טופס בקשה למענק – פרטים כלליים

1. נושא המחקר (עברית)

נושא המחקר (אנגלית)

2. מבקש המענק – פרטים אישיים

שם משפחה:	שם פרטי:	
מוסד אקדמי:	מחלקה:	
טלפון בבית:	טלפון בעבודה:	
מספר פקס:	טלפון נייד:	
כתובת מלאה למשלוח מכתבים:		
דואר אלקטרוני:		

3. המוסד האקדמי שבו יתבצע המחקר:

4. תמיכה כספית ממקורות אחרים, יש לפרט מקור וסכום:

א.  פניתי בבקשת תמיכה למחקר הנוכחי גם למקור אחר.  
 לא פניתי בבקשת תמיכה למחקר הנוכחי גם למקור אחר.

ב.  קיבלתי מענק למחקר הנוכחי.  
 לא קיבלתי מענק למחקר הנוכחי.

5. חתימת מבקש המענק: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

6. חתימת/ות המדריך/ים: מודריך 1: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_  
מודריך 2: \_\_\_\_\_

7. שם הגורם המוסמך מטעם המוסד (להעברת המחאות והתכתבות בענייני המענק):

8. אישור המוסד האקדמי:

תאריך

חתימה

תפקיד

שם וחותמת

מס' מענק

מספר הבקשה למענק :

(לשימוש המוסד לביטוח לאומי בלבד)

חלק ב': תקציר

כותרת מלאה של הצעת המחקר (עברית)

כותרת מלאה של הצעת המחקר (אנגלית)

שם המוסד האקדמי :

שם המבקש :

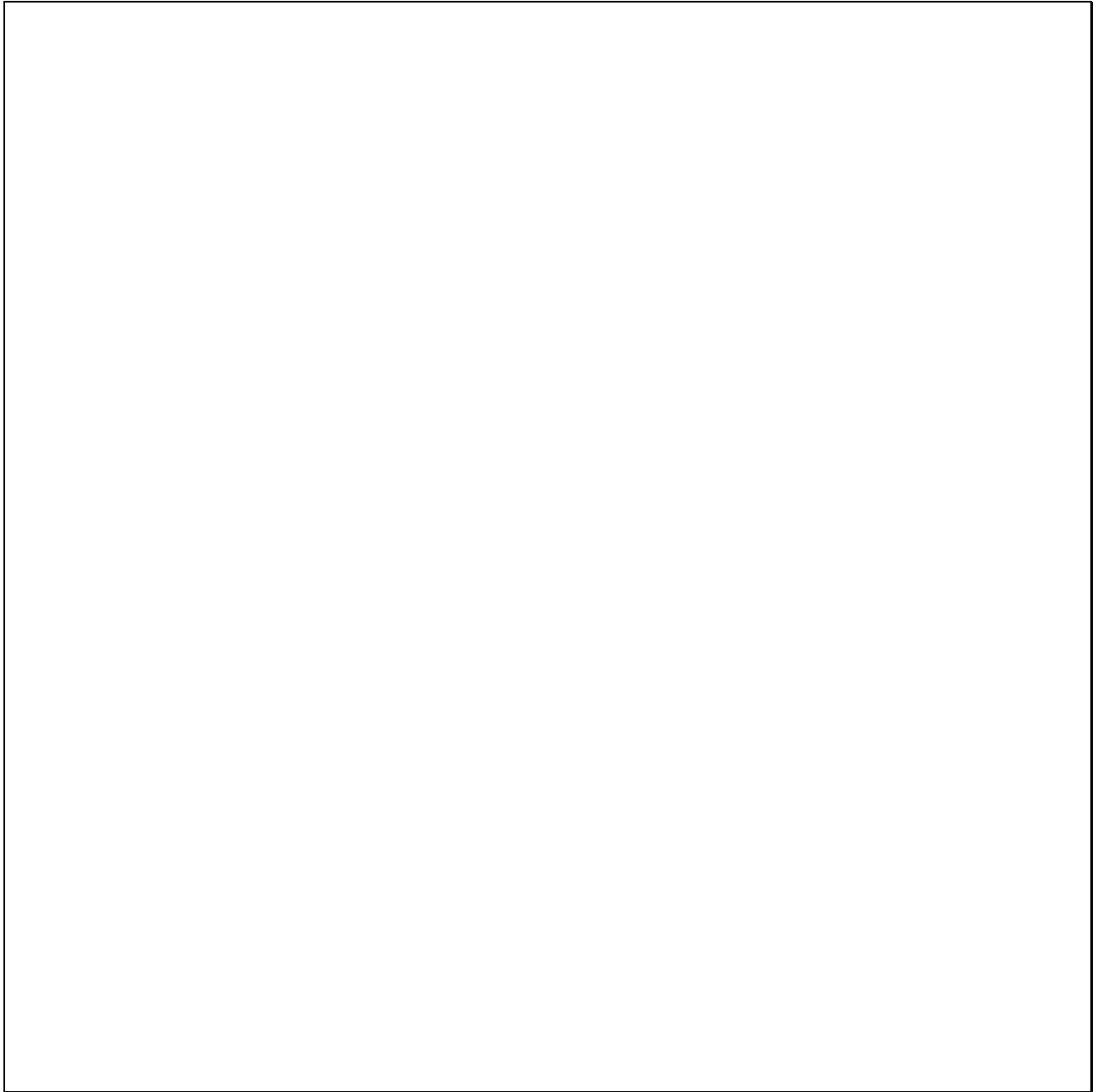
שם/ות המדריך/ים :

תקציר :

תקציר שאורכו עד 300 מילים, אשר יכלול :

(1) מטרות ; (2) שיטה ; (3) חשיבות המחקר המוצע (ייחודיות וחידוש).

תקציר (המשך)



--

**חלק ג': תוכנית המחקר – הצעה מפורטת**

יש להתייחס לסעיפים המפורטים להלן ככותרות-משנה :

1. נושא המחקר והרקע המדעי המתאים (כולל רשימת מקורות)
2. מטרות המחקר וחיבוטו
3. שיטת המחקר:

הגדרת משתנים תלויים ובלתי תלויים ; אוכלוסיית המחקר ו/או גופי הנתונים בהם יעשה שימוש ; תיאור כלי המחקר ; שיטת הדגימה ואופן איסוף הנתונים (במידת הצורך) ; פירוט השיטות הסטטיסטיות לניתוח הנתונים וההנמקה לבחירה בהן.

4. לוח זמנים על פי שלבי העבודה (יש לפרט במסגרת הלוח המופיע להלן)

**לתשומת לב :**

הפירוט בסעיפים 1-3 : לא יעלה על עשרה עמודים (כולל תרשימים ולוחות).

4. לוח הזמנים על פי שלבי העבודה

מקום הביצוע	תאריכים מתוכננים		שלבי העבודה לפי תוכנית המחקר	
	חודש סיום	חודש התחלה		
				1
				2
				3
				4
				5
				6
				7
				8
				9
				10

מס' מענק

הערות והסברים:

מס' מענק

חלק ד': קורות חיים של מבקש המענק  
נא להשתמש בטופס זה בלבד



חלק ה': אישור של הצעת המחקר והמלצת המדריך/ים

יש לצרף:

- ✓ אישור לימודים – מטעם המוסד האקדמי
- ✓ אישור של הצעת המחקר – מטעם המוסד האקדמי
- ✓ מכתבי המלצה ואישור מטעם המדריך/ים, בצירוף קורות חיים מקוצרים של המדריך/ים.

## הצהרת קרובי משפחה

אני החתום/ה מטה \_\_\_\_\_  
שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_

מגישה/ה הצעת מחקר בנושא \_\_\_\_\_

מצהיר כִּי:  
(נא לסמן את המשבצת המתאימה)

- לא ידוע לי על קרובי משפחה המועסקים במוסד לביטוח לאומי לרבות המפורטים בתקשי"ר בסעיף 13.312.\*
- קרובי משפחתי המפורטים להלן מועסקים במוסד לביטוח לאומי לרבות המפורטים בסעיף 13.312 בתקשי"ר.\*

1. \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ מועסק/ת בסניף \_\_\_\_\_

בתפקיד \_\_\_\_\_ סוג קירבת משפחה \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ מועסק/ת בסניף \_\_\_\_\_

בתפקיד \_\_\_\_\_ סוג קירבת משפחה \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ מועסק/ת בסניף \_\_\_\_\_

בתפקיד \_\_\_\_\_ סוג קירבת משפחה \_\_\_\_\_

\*סעיף 13.312 בתקשי"ר

קרוב משפחה	לרבות קרבת משפחה חורגת או הנוצרת עקב אימוץ
קרוב משפחה	בן זוג, הורה, בן, בת, אח, אחות, גיס, גיסה, דוד, דודה, בן-אח, בת-אח, בן-אחות, בת אחות, חותן, חותנת, חם, חמות, חתן, כלה, נכד או נכדה. (כללי שירות המדינה (מנויים) (סייגים בקרבת משפחה), התשכ"ט-1969, 10)

ידוע לי כי בגין הצהרה לא אמיתית ו/או לא מלאה ניתן יהיה לנקוט נגדי באמצעי משמעת וזאת מבלי שתהייה לי טענה כלשהי בעניין זה.  
כמו כן אני מצהיר/ה כי אדווח על כל קירבת משפחה שתיוודע לי או תיווצר במהלך עבודתי במוסד.

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ תאריך