תביעה לתשלום תגמול מיוחד לבן זוג ליולדת נכה

חובה לצרף לטופס זה

- אישור מרופא מטפל המאשר שנבצר מבת זוגך לטפל בילד בשל נכותה.
- אם חלו שינויים בשכרך ב-6 החודשים שקדמו להפסקת העבודה – יש לצרף אישור מתאים.
- אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או בעל מניות בחברה, יש למלא את ההצהרה בסעיף 6.

לידיעתך

- תביעה זו מיועדת לבן זוג של יולדת נכה, שנקבעה לה דרגת נכות בשיעור 75% אי כושר השתכרות.
- קיימים תנאים מצטברים הנדרשים על מנת לקבל זכאות. יש לברר פרטים אלו לפני היציאה לתקופת לידה והורות.
- **לידיעתך - על פי חוק, יש להגיש את התביעה תוך שנה מיום הזכאות הראשון - לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.**
- **ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר.** לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, יישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.

כיצד יש להגיש את התביעה

- **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
  - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
  - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט.www.btl.gov.il .

<u>חובה לחתום על טופס התביעה</u>

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

נא למלא מספר זהות _____

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לתשלום תגמול מיוחד לבן זוג ליולדת נכה

חותמת קבלה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
	מס' זהות / דרכון
	דפים
	סוג המסמך 01

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות

❑ שכיר ❑ חבר קיבוץ ❑ עצמאי, משלם דמי ביטוח בסניף _____

מצב משפחתי ❑ רווקה ❑ נשואה ❑ גרושה ❑ אלמנה ❑ ידועה בציבור ❑ הורות משותפת

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר. אם אתה מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה:
❑ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטאלי (ממוחשב) של הכנסותיי.
ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		_____@_____

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר

❑ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.
לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

פרטי בת הזוג: שם פרטי _____ שם משפחה _____ ת.ז. _____

פרטי הילד שנולד בלידה האחרונה ונמצא בחזקתך: שם הילד _____ ת.ז _____ תאריך לידה _____

2 פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון	סוג חשבון ❑ פרטי ❑ קיבוץ

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.
אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.
אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך **אימות בעלותי בחשבון הבנק** כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. **לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.**

תאריך_____ חתימת מקבל התשלום ✘_____ חתימות השותפים לח-ן ✘_____

3 פרטים על מקום העבודה האחרון (למי שעבד ברציפות בשנה האחרונה)

עבדתי עד ליום _____ (כולל יום זה)	הסיבה להפסקת העבודה	עיסוקך/תפקידך במקום העבודה
שם המעסיק/ המפעל	האם יש קירבה משפחתית בינך לבין מעסיקך/האם אתה בעל שליטה בחברה ❑ לא ❑ כן, סוג הקרבה _____(יש למלא סעיף 6 בטופס)	

אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה, ציין שמות המעסיקים ואם יש **קרבה משפחתית** בינכם

שם המעסיק _____ קרבה משפחתית: ❑ לא ❑ כן, סוג הקרבה _____

שם המעסיק _____ קרבה משפחתית: ❑ לא ❑ כן, סוג הקרבה _____

4 פרטים על מקום העבודה האחרון (למי שלא עבד ברציפות בשנה האחרונה)

1.	שם מעסיק קודם	עבודה מתאריך_____ עד _____
2.	עבודה כעצמאי מתאריך _____ עד _____	

אם יש לך פטור מלא או חלקי ממס הכנסה – נא צרף אישור מתאים ממס הכנסה

5 הצהרת התובע

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.
במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.
ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרופותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותיי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותיי יימסר לצדדי ג׳ הרלוונטיים לצורך זה.
ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת .www.btl.gov.il > יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות.
אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.

תאריך_____ חתימת התובע _____

6 הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) _____
היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____
מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) _____
פרטי העובדת שהחליפה אותי במהלך תקופת לידה והורות: שם _____ ת.ז _____
אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים
תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה ✕_____

אישור מזכירות הקיבוץ או המושב השיתופי

אני מאשר כי: שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב	❑חבר קיבוץ ❑ מושב שיתופי

הנ"ל מבוטח החל מתאריך _____ בסוג _____

תאריך הפסקת עבודה	הסיבה להפסקת העבודה _____(חובה למלא)

תאריך_____ חתימת החותם ותפקידו ✕_____ חתימה וחותמת הקיבוץ/מושב שיתופי ✕_____

אישור המעסיק על תקופת ההעסקה ועל השכר

I פרטי המעסיק

שם המעסיק	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי

רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד	טלפון פקס

אנו מאשרים בזה שהרשום מטה הועסק על ידינו כעובד שכיר, ועבודתו הופסקה, בהתאם לפרטים הרשומים מטה:

שם משפחה	שם פרטי	תקופת העסקה	מספר זהות ס"ב
		מ_____ עד_____	

עיסוק/תפקיד

האם העובד יצא לתקופת לידה והורות? ❑ כן ❑ לא, ציין את הסיבה להפסקת העבודה:

(חובה למלא)_____

שכרו שולם	האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובד?
❑ בבנק ❑ בהמחאה ❑ במזומן ❑ אחר _____	❑ לא ❑ כן, סוג הקרבה _____

פרוט שכר העובד (בש"ח) ב - 10 חודשים שקדמו להפסקת עבודתו (אף אם אינם רצופים),
יש לרשום הסכומים כולל הפרשים ותשלומים בנוסף לשכר הרגיל (כגון הבראה, ביגוד, מענק חד פעמי וכד')

	שנה/חודש	השכר החייב במס	השכר החייב בדמי ביטוח	דמי ביטוח שנוכו מהשכר	בסיס השכר: חודשי, יומי, שכר לשעה	אחוז המשרה	מס' ימי עבודה בשכר	מס' הימים בעבורם לא שולם שכר	
								מס' ימים	סיבה
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

פירוט ההפרשים והתשלומים הנוספים שנכללו בטבלה לעיל, **ב - 6 החודשים שקדמו להפסקת העבודה:**

בחודש _____ שולם _____ ₪ עבור התקופה מ _____ עד _____ מהות התשלום _____

בחודש _____ שולם _____ ₪ עבור התקופה מ _____ עד _____ מהות התשלום _____

בחודש _____ שולם _____ ₪ עבור התקופה מ _____ עד _____ מהות התשלום _____

סיבה אחרת לשינויים בשכר_____

II הצהרת המעסיק

אני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתו של העובד כנדרש בחלק זה.

תאריך_____ חתימת החותם ותפקידו ✘_____ חתימה וחותמת המעסיק/המפעל ✘_____