# תביעה לתשלום מענק לידה ודמי לידה (מענק וגמלת הורים) לאם:

- ❑ מאמצת
- ❑ הורה במשפחת אומנה
- ❑ אם מיועדת

## חובה לצרף לטופס זה

- באם מוגשת תביעה לרגל אימוץ בחו"ל – יש לצרף מסמכי אימוץ מתורגמים באישור נוטריון ולציין את מועד קבלת הילד.
- באם מוגשת תביעה לרגל אימוץ בארץ – עובד סוציאלי ימלא ויאשר סעיף 4.
- באם מוגשת תביעה לרגל קבלת ילד לאומנה לשישה חודשים לפחות – עובד סוציאלי ימלא ויאשר סעיף 3. כמו כן, יש לצרף מסמך מאת משרד הרווחה על כך שאושרת לשמש כמשפחת אומנה.
- באם חלו שינויים בשכר ב– 6 החודשים שקדמו להפסקת העבודה, מסיבה רפואית או מסיבה שלא צוינה ע"י המעסיק – יש להמציא אישור מתאים.

## לידיעתך

- טופס זה מיועד גם לתביעות קצבת לידה בלידה של יותר משני ילדים, שלא בלידה אחת, ובלבד שההפרש בין לידה ללידה אינו עולה על 105 יום.
- **לפי החוק את התביעה יש להגיש תוך שנה מיום הזכאות הראשון**.
- אם מיועדת תצרף אישור על הלידה בארץ או בחו"ל
- אם את בעלת שליטה או קרובת משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 10 בעמוד 4.
- **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>**

נא למלא מספר זהות _____



**המוסד לביטוח לאומי**
מינהל הגמלאות

# תביעה לתשלום מענק לידה ודמי לידה (מענק וגמלת הורים) לאם:

| חותמת קבלה | לשימוש פנימי בלבד (סריקה) |
|---|---|
| | מס' זהות / דרכון<br>סוג המסמך 0 1 דפים |

## 1 פרטי התובעת

| שם משפחה (נוכחי) | שם משפחה (לפני הנישואין) | שם פרטי | מספר זהות ס"ב |
|---|---|---|---|
| | | | |

| ❑ שכירה<br>❑ עצמאית משלמת ד.ב. בסניף _____ | עבדתי עד יום כולל יום זה<br>שנה חודש יום | שנת לידה |
|---|---|---|

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

**פרטי בן הזוג**

| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות ס"ב |
|---|---|---|
| | | |

**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 ס"ב |
|---|---|---|
| | | |

❑ אני מסרבת 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.

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר. אם את מתנגדת לכך עלייך לסמן את ההצהרה הבאה:
❑ אני מסרבת 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

**מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)**

| רחוב / תא דואר | מס' בית | כניסה | דירה | יישוב | מיקוד |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

## 2 פרטי חשבון הבנק של התובעת

| שמות בעלי החשבון | סוג חשבון:<br>❑ פרטי ❑ קיבוץ |
|---|---|
| | |

| שם הבנק | שם הסניף / כתובתו | מס' סניף | מספר חשבון |
|---|---|---|---|
| | | | |

נא למלא מספר זהות _____



## 3 לאומנה – אישור מאת עובד סוציאלי המלווה את משפחת האומנה

הנני מאשר כי גב' _____ (שם משפחתי ופרטי)

קיבלה לביתה לאומנה למשך שישה חודשים לפחות את הילד _____ ביום _____
שם משפחה שם פרטי

תאריך לידה _____/_____/_____ ת.ז. _____

חתימה וחותמת עובד סוציאלי ✘ _____

## 4 למאמצת או אם מיועדת

<u>אישור מאת עובד סוציאלי :</u>

למאמצת בחו"ל – נא לציין את מועד קבלת הילד _____

הנני מאשר כי גב' _____ מס' זהות _____
שם משפחה שם פרטי

קיבלה ביום _____/_____/_____ את הילד _____
שנה חודש יום שם פרטי

שנולד ב- _____/_____/_____
שנה חודש יום

חתימה וחותמת עובד סוציאלי ✘ _____

## 5 פרטים על מקום העבודה האחרון

| תאריך הפסקת עבודה | עיסוקך/תפקידך במקום העבודה | שם המעסיק/המפעל |
|---|---|---|
| שנה חודש יום | | |

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין מעסיקך ❑ לא ❑ כן, סוג הקרבה: _____

אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה צייני שמות מעסיקים:

## 6 אנא מלאי חלק זה לגבי השנתיים האחרונות וצרפי אישורים מתאימים

1. שם מעסיק קודם _____ עבודה מתאריך: _____/____/____ עד: _____/____/____
שנה חודש יום שנה חודש יום

2. עבודה כעצמאית מתאריך: _____/____/____ עד: _____/____/____
שנה חודש יום שנה חודש יום

3. קיבלתי מהמוסד לביטוח לאומי גמלת:

❑ דמי לידה/גמלת הורים למאמץ ❑ דמי אבטלה ❑ גמלה לשמירת הריון ❑ דמי פגיעה ❑ דמי תאונה

❑ קיבלתי תשלום מקרן חופשה

4 . שהיתי בהכשרה מקצועית במהלך 4 השנים האחרונות.

❑ שהיתי בהכשרה מקצועית בקורס _____ מתאריך _____ עד _____
מקום ההכשרה _____ **אנא צרפי אישור ממוסד הלימודים**

❑ שהיתי בהכשרה מקצועית בלימודי סיעוד לאחיות מוסמכות מתאריך _____ עד תאריך _____
מקום ביצוע ההכשרה _____ **אנא צרפי אישור ממוסד הלימודים**

5. שרתי בצה"ל מ _____/____/____ עד _____/____/____ מס' אישי _____ ❑סדיר ❑ קבע

6. שהיתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מתאריך: _____/____/____ עד: _____/____/____

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

## 7 חלוקת החופשה עם בן/בת זוג

האם בכוונתך לחלוק את החופשה עם בן/בת הזוג? ❑ לא ❑ כן, החל מתאריך _____

## 8 מענק הורות (מענק לידה)

| | |
|---|---|
| אימוץ מתאריך: _____<br>❑ אימוץ בארץ ❑ אימוץ בחו"ל – **יש לצרף מסמכי אימוץ מתורגמים** | פונדקאות – לידה בתאריך : _____<br>❑ פונדקאות בארץ ❑ פונדקאות בבי" ח בחו"ל – **יש לצרף אישור על הלידה** |
| **פרטי הילד שאומץ/נולד** | **מספר זהות** |
| | ס"ב |
| | ס"ב |
| | ס"ב |

**החזר הוצאות אשפוז – בהליך פונדקאות בחו"ל** (רק אם היו לך הוצאות בקשר ללידה, יש למלא חלק זה):

❑ את דמי האשפוז לביה"ח שילם/ ששילמו _____

❑ הסכום ששולם לבית החולים עבור הוצאות הקשורות ללידה – _____

האם ההוצאות שהיו לך הן עבור שירותים הניתנים במסגרת האשפוז- לדוגמא – בדיקות מעבדה והדמיה, אשפוז יולדת וילוד, רופא מטעם ביה"ח?. ❑ לא ❑ כן

האם קיבלת בביה"ח שירותים פרטיים שאינם נכללים במסגרת האשפוז- לדוגמא – מיילדת פרטית, חדר פרטי, ניתוח קיסרי פרטי? ❑ לא ❑ כן, אנא צרפי חשבונית המפרטת את השירותים שניתנו לך .

❑ מצורפת קבלה על תשלום דמי האשפוז– **חובה לצרף**

## 9 הצהרת התובעת

אני החתומה מטה מצהירה בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים, ותובעת:
❑ תשלום גמלת הורים ❑ תשלום מענק הורות (מענק לידה)
❑ תשלום החזר הוצאות אשפוז (הליך פונדקאות בחו"ל) ❑קצבת לידה בלידות סמוכות
אני החתומה מטה תובעת גמלת דמי חופשה ומצהירה בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה 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 או בנספחיה ,יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן ,אני מתחייבת להודיע על כל שינוי תוך 30 יום.
אני מסכימה 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 פרטי מושכי התשלומים.

אני מסכימה 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.**

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 התובעת ✘_____

## 10 הצהרה למילוי ע"י בעלת שליטה או בעלת 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 _____
הריני מצהירה כי הנתונים שלהלן נכונים
תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה ✘_____

## 11 למילוי ע"י המעסיק – רק לאחר הפסקת עבודה

| שם המעסיק | מספר תיק ב.לאומי | טלפון קווי | מספר פקס |
|---|---|---|---|
| | | | |

| רחוב | מס' בית | כניסה | דירה | יישוב | מיקוד |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

הנני מאשר כי גברת

| שם משפחה | פרטי | עיסוק/תפקיד | ת. זהות | ס"ב |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| החלה לעבוד אצלי ביום | עבדה עד יום כולל יום זה | שכרה שולם | האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובדת? |
|---|---|---|---|
| שנה חודש יום | שנה חודש יום | ❑ בבנק ❑ בהמחאה<br>❑ במזומן ❑ אחר | ❑ לא<br>❑ כן, סוג קרבה _____ |

## 12 תנאי העבודה והשכר

1. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבדה: ❑ ברציפות ❑ שלא ברציפות, פרט:
   - ❑ שנת שבתון/השתלמות מתאריך _____ עד _____
   - ❑ חופשה ללא תשלום מתאריך _____ עד _____
   - ❑ אחר, פרט: _____ מ _____ עד _____
2. מס' ימי עבודה בשבוע _____
3. פרוט שכרה (בש"ח) ב-10 חודשים שקדמו להפסקת עבודתה (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 משרה | מס' ימי עבודה בשכר | שעות עבודה | מס' ימים עבורם לא שולם שכר | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | מס' ימים | סיבה |
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

4. פרוט ההפרשים והתשלומים הנוספים שנכללו בסעיף 3 **ב- 6 החודשים שקדמו להפסקת העבודה:**

| | חודש | שולם (₪) | עבור תקופה | | מהות התשלום |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | מתאריך | עד תאריך | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |

סיבה אחרת לשינויים בשכר _____
_____

## 13 הצהרת מעסיק

אני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודה ובשכרה של העובדת כנדרש בחלק זה.
תאריך_____ שם החותם ותפקידו_____
חתימת וחותמת העסק/המפעל ✖_____