תביעה להארכה או פיצול
דמי לידה או גמלת הורים מאמצים

חובה לצרף לטופס זה

- בתביעה להארכה או פיצול עקב אשפוז ילד או יולדת - אישור מבית החולים על תקופות האשפוז.
- בתביעה לפיצול - אישור מהמעסיק על חזרה לעבודה עקב הפיצול וחזרה לתקופת לידה והורות אחריה.

לידיעתך

- **לידיעתך : טופס זה יש להגיש רק לאחר הגשת תביעה לדמי לידה.**
- ניתן להגיש את התביעה תוך שנה מהיום האחרון שבו נצברו 15 ימי אשפוז, המזכים בהארכה בהתאם להוראות החוק.
- אם נולד ילד לפני שבוע 33 או במשקל לידה פחות מ- 1750 גרם מומלץ לבדוק זכאותך לתשלום גמלה לילד/ה נכה על גבי טופס בל/7821.

תביעה להארכה בגין ילד/ה נכה עם מוגבלות מורכבת, תתקבל רק לאחר מועד ההכרה בקצבת "ילד נכה"

- **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 מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
  - 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 .

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון נקבה אך פונה לגברים ולנשים כאחד

נא למלא מספר זהות _____

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה להארכה או פיצול דמי לידה או גמלת הורים מאמצים

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

1 פרטי התובעת

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

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

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		_____@_____

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלימי 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 מסרבת", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2 פרטי חשבון הבנק של התובעת

שמות בעלי החשבון	סוג חשבון: ☐ פרטי ☐ קיבוץ

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימם על טופס עדכון החשבון.

אני מסכימה שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה.

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.**

תאריך _____ חתימת התובעת ✕ _____

3 תביעה בגין לידה / אימוץ מיום

יום חודש שנה

4 תביעה להארכת דמי לידה או גמלת הורים מאמצים עקב אשפוז הילד או התובעת - יש לצרף אישור מבית חולים

אשפוז הילד / התובעת

❑ הילד / התובעת שוחרר מביה"ח לאחר הלידה / האימוץ בתאריך _____

❑ הילד / התובעת נשאר בביה"ח לאחר הלידה / האימוץ עד _____

❑ הילד / התובעת אושפז מחדש ביום _____ שוחרר ביום _____

5 תביעה לפיצול דמי לידה או גמלת הורים מאמצים עקב אשפוז הילד או התובעת

יש לצרף אישורים מביה"ח ומהמעסיק (ראה דברי הסבר בדף המקדים)

אשפוז הילד / התובעת

❑ הילד / התובעת נשאר בביה"ח לאחר הלידה / האימוץ עד _____

❑ הילד / התובעת אושפז מחדש ביום _____ ועדין שוהה בבית החולים

❑ הילד / התובעת אושפז מחדש ביום _____ ושוחרר ביום _____

6 הארכת תקופת לידה והורות לילד/ה נכה עם מוגבלות מורכבת

❑ האם הילד/ה הוכר/ה בביטוח לאומי כילד/ה נכה עם מוגבלות מורכבת? ❑ לא ❑ כן

❑ אחוז הנכות שנקבע לילד בקצבת "ילד נכה" _____%

❑ הילד/ה הוכר/ה כנכה עם מוגבלות מורכבת מיום _____

7 הצהרת התובעת

❑ טרם חזרתי לעבודה

❑ חזרתי לעבודה ביום _____ ❑ חזרתי לתקופת לידה והורות או אימוץ ביום _____

אני תובעת ❑ הארכת דמי לידה או גמלת הורים מאמצים עקב אשפוז הילד או התובעת.

❑ פיצול דמי לידה או גמלת הורים מאמצים עקב אשפוז הילד או התובעת.

❑ הארכת תקופת לידה והורות עקב הכרה בקצבת ילד נכה עם מוגבלות מורכבת.

אני החתומה מטה מצהירה 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 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 התובעת ✘ _____