המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

בל/ 360

תביעה לתשלום דמי לידה
לאב המחליף את בת/בן הזוג או לאב השוהה במקביל עם בן/בת הזוג

מי זכאי לתשלום

- קיימים תנאים מצטברים הנדרשים על מנת לקבל זכאות. יש לברר תנאים אלו לפני היציאה לתקופת לידה והורות.
- **בן הזוג המחליף חייב להפסיק עבודתו לצורך הטיפול בילד.**

חובה לצרף לטופס זה

- בן/בת הזוג, שחזר/ה לעבודה עקב החלפת בן/בת הזוג – יש לצרף אישור מהמעסיק על החזרה לעבודה.

לידיעתך

- **על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.**
- **ניתן לקבל את המכתבים בדואר אלקטרוני במקום בדואר.** לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, יישלח אליך דואר אלקטרוני עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.

כיצד יש להגיש את התביעה

- בן הזוג היוצא לתקופת לידה והורות ימלא את סעיפים 1, 4, 5, 6 ו-7 של טופס התביעה.
- אם האב המחליף הוא בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 8 בעמוד 3.
- בת/בן הזוג המוחלפים ימלאו את סעיפים 2 או 3 בהתאם לסוג החופשה המבוקשת.
- **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
  - למלא באופן ידני, לסרוק יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט ← שליחת מסמכים.
  - לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד בטלפון 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 דמי לידה לאב המחליף את בת/בן הזוג או לאב השוהה במקביל עם בן/בת הזוג

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

תביעה זו מוגשת עבור: ❑ אב המחליף את בן/בת הזוג ❑ אב השוהה במקביל עם בן/בת הזוג

1 פרטי המבוטח

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב

מצב משפחתי	תאריך לידת הילד	תאריך הפסקת העבודה
❑ רווק ❑ נשוי ❑ גרוש ❑ אלמן ❑ ידוע בציבור ❑ הורות משותפת		

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

שים לב: אינך נדרש להמציא פרטים אודות הכנסותיך כעצמאי, מכיוון שהמידע קיים בידנו

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 דיגיטלי (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 כתובת הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה של איש קשר	שם פרטי של איש קשר	מס' זהות של איש קשר ס"ב

❑ 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

2 חופשה מקבילה של בני הזוג – הצהרת המבוטח/ת השוהה בחופשה

אני, החתום מטה, מסכים לוותר על דמי הלידה המגיעים לי בתקופה
החל מ- _____ עד _____ לבן זוגי _____ ת"ז _____
עבור החופשה המקבילה
לתשומת ליבך: התקופה בה בן זוגך שוהה עימך במקביל תקוזז מזכאותך.

שם פרטי _____ שם משפחה _____ ת"ז _____ חתימה ✕ _____

3 חלוקת החופשה עם בן הזוג עקב חזרתך לעבודה – הצהרת המבוטח/ת החוזר/ת לעבודה

אני, החתום מטה, מסכים לוותר על דמי הלידה המגיעים לי בתקופה
החל מ- _____ עד _____ לבן זוגי _____ ת"ז _____
עקב חזרתי לעבודה בתאריך _____ (חובה לצרף אישור מעסיק על החזרה לעבודה)
לתשומת ליבך: מרגע חזרתך לעבודה לא תתאפשר החלפה נוספת עם בן הזוג.
היולדת אינה יכולה לוותר על ששת השבועות הראשונים מיום הלידה ולחזור בתקופה זו לעבודתה.

שם פרטי _____ שם משפחה _____ ת"ז _____ חתימה ✘ _____

4 פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון	

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 שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. **לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל, וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.**

תאריך _____ חתימת מקבל התשלום ✘ _____ חתימת/חתימות השותפים לחשבון ✘ _____

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

עבדתי עד ליום _____ (כולל יום זה) ❑ כשכיר ❑ עצמאי	הסיבה להפסקת העבודה	עיסוקך/תפקידך במקום העבודה
שם המעסיק/המפעל	האם יש קירבה משפחתית בינך לבין מעסיקך?/האם הינך בעל שליטה בחברה? ❑ לא ❑ כן, סוג הקרבה _____	

אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה, ציין את שמות המעסיקים:
א. _____ ב. _____

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

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

פטור ממס ונקודת זיכוי

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

7 הצהרת התובע

אני, החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי 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 עליי 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 עליי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי, אך כי לא חלה עליי כל חובה חוקית למסור מידע אודותיי. ידוע לי שאם לא אסכים למסור מידע פרטי, לא אוכל לקבל שירות מהביטוח הלאומי.
בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותיי לקבלת שירות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי, ומבין כי קיימת אפשרות שמידע אודותיי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך 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
׳
דוע 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 ✕_____

8 הצהרה למילוי על ידי בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שביצעת 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 המעסיק על תקופת ההעסקה ועל השכר

1 פרטי המעסיק

שם המעסיק	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי

רחוב/תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד	פקס

אנו מאשרים בזאת שהאדם הרשום 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:
	_____

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

פירוט שכר העובד (בש"ח) ב-10 החודשים שקדמו להפסקת עבודתו (אף אם אינם רצופים).

***יש לרשום את הסכומים כולל הפרשים ותשלומים (כגון הבראה, ביגוד, מענק חד פעמי וכד') בנוסף לשכר הרגיל.**

	שנה/ חודש	השכר החייב במס	השכר החייב בדמי ביטוח	דמי ביטוח שנוכו מהשכר	בסיס השכר: חודשי, יומי, שכר לשעה	אחוזי 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 _____ שולמו _____ ₪ עבור התקופה מ- _____ עד _____ מהות התשלום _____

בחודש _____ שולמו _____ ₪ עבור התקופה מ- _____ עד _____ מהות התשלום _____

בחודש _____ שולמו _____ ₪ עבור התקופה מ- _____ עד _____ מהות התשלום _____

סיבה אחרת לשינויים בשכר _____

2 הצהרת המעסיק

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

תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו ✘_____ חתימת וחותמת המעסיק/המפעל ✘_____

3 אישור מזכירות הקיבוץ או המושב השיתופי

הנני מאשר ש- _____ הינו חבר קיבוץ/מושב שיתופי _____
שם משפחה פרטי ת"ז

הנ"ל מבוטח החל מתאריך _____ בסוג _____	תאריך הפסקת עבודה

תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו ✖ _____ חתימה וחותמת ✖ _____