תביעה לקצבה מיוחדת ותגמול מיוחד בגין יולדת שנפטרה *

חובה לצרף לטופס זה

- אם מגיש התביעה הינו אפוטרופוס על הקטין – יש לצרף אישור של בית הדין לעבודה.

לידיעתך

- יתכן וקיימת זכאות לקצבת שאירים ואז מומלץ למלא טופס בל 410 (תביעה לקצבת שאירים).
- לפי החוק, יש להגיש את התביעה תוך שנה מיום הפטירה.

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 .

* קצבה מיוחדת - תשלום קצבה חודשית בשיעור של 30% מהשכר הממוצע במשק.
תגמול מיוחד - תשלום בעבור תקופה בה מפסיק בן הזוג של הנפטרת לעבוד. התגמול משולם ע"פ הכנסותיו.

<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 לקצבה מיוחדת ותגמול
מיוחד בגין יולדת שנפטרה

חותמת קבלה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך 0 1

דפים

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

תאריך לידה	התובע הוא:
שנה חודש יום	❑ אבי הילדים ❑ אפוטרופוס ❑ ממונה ע"י ביה"ד לעבודה / סעיף 136 לחוק

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 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.

שם הנמען (אם אינו הרשום מעלה):	עיסוק התובע
	❑ עובד שכיר ❑ חבר קיבוץ / מושב שיתופי ❑ עובד עצמאי. משלם דמי ביטוח בסניף: _____ ❑ אחר (פרט) : _____

הכתובת למכתבים

❑ מייצג (עו"ד, אפוטרופוס וכו') ❑ מייצג אחר _____	שם משפחה	שם פרטי

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2 פרטי הנפטרת

שם משפחה	שם פרטי	תאריך הפטירה	מספר זהות ס"ב
		שנה חודש יום	

3 פרטי הילדים שנולדו בלידה האחרונה

תאריך הלידה	שם ביה"ח
יום חודש שנה	

פרטי הילדים:

	שם הילד	מספר הזהות	ס"ב
1			
2			

4 תביעה לקצבה מיוחדת - נא לסמן ✓ במשבצת המתאימה

❑ בגין הילדים הוגשה תביעה לקצבת שאירים ❑ בגין הילדים הוגשה תביעה לקצבת תלויים

5 תביעה לתגמול מיוחד

עקב פטירת אשתי הפסקתי את עבודתי כדי לטפל בילדי בתקופה:

מתאריך	עד תאריך	חזרתי לעבודה ביום
יום חודש שנה	יום חודש שנה	יום חודש שנה

6 פרטי חשבון הבנק של התובע

שמות בעלי החשבון		סוג החשבון: ❑ 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 ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון 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 פרטי 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_____ שם השותף/ים _____ מס' ת.ז. _____ חתימה ×_____

7 הצהרת התובע

אני מצהיר בזה שכל הפרטים שנמסרו בתביעה זו ובצרופיה, הם נכונים. כן אני מצהיר שהילדים שפרטיהם מפורטים לעיל נמצאים בחיים, הם שוהים בישראל ונמצאים בהחזקתי / אפוטרופסותי, אני תובע:

❑ קצבה מיוחדת ❑ קצבה מיוחדת ותגמול מיוחד

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 ע"י 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 התובע ×_____

מילוי ע"י המעסיק

אישור המעביד האחרון – לפני מילוי חלק זה, קרא בעיון את דברי ההסבר והקפד למלא אחר ההוראות.

8 פרטי המעביד

שם המפעל / המעביד	מספר התיק במוסד

רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	פקס

הנני מאשר כי מר/גברת		החל לעבוד אצלי ביום	עבד עד ליום (כולל יום זה)
שם משפחה	שם פרטי		
		יום חודש שנה	יום חודש שנה

9 פירוט שכר

פירוט שכרו בשקלים חדשים ב- 6 החודשים שקדמו להפסקת עבודתו. בחלק זה יש לכלול גם הפרשים ושכר חורג. כמו כן יש לפרט זאת גם בסעיף 10 להלן.

	(א) מתאריך	(ב) עד תאריך	(ג) מס' ימים עבורם לא שולם שכר		(ד) מס' ימי העבודה	(ה) השכר החודשי הרגיל - ברוטו	(ו) השכר החודשי החייב בדמי ביטוח - ברוטו	(ז) סכום דמי הביטוח שנוכו משכר העובד
			הימים	הסבר				
1								
2								
3								
4								
5								
6								

10 פירוט שכר חורג

פירוט שכר חורג (בשקלים חדשים) מהשכר הרגיל ששולם ב-6 חודשים שקדמו להפסקת העבודה

(א) ❑ בששת החודשים שקדמו להפסקת העבודה, לא שולם כל תשלום נוסף לשכר הרגיל.

(ב) ❑ שולם שכר נוסף שנכלל בסעיף 9 לעיל, כמפורט להלן:

1. בתאריך _____ שולם סך _____ שקל חדש, המתייחס לתקופה מ- _____ עד _____

   מהות התשלום: _____

2. בתאריך _____ שולם סך _____ שקל חדש, המתייחס לתקופה מ- _____ עד _____

   מהות התשלום: _____

11 הצהרה

הנני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתו ובשכרו של העובד כנדרש בחלק זה ובדברי ההסבר שבתביעה.

תאריך _____ שם החותם _____

תפקידו _____ חתימה וחותמת המפעל ✖ _____