



תביעה לתשלום דמי לידה/דמי חופשה למאמץ

חובה לצרף לטופס זה

- ☞ באם מוגשת תביעה לפני הלידה – על רופא נשים למלא ולאשר את סעיף 4.
- ☞ באם מוגשת תביעה בעקבות לידה שארעה בבית או בבית חולים בחו"ל – יש לצרף אישור רשמי על הלידה.
- ☞ באם מוגשת תביעה לרגל אימוץ בחו"ל – יש לצרף מסמכי אימוץ מתורגמים באישור נטריון.
- ☞ באם מוגשת תביעה לרגל אימוץ בארץ – פקיד סעד ימלא ויאשר סעיף 5.
- ☞ באם חלו שינויים בשכר ב-3 החודשים שקדמו להפסקת העבודה, מסיבה רפואית או מסיבה שלא צוינה ע"י המעסיק – יש להמציא אישור מתאים.

כיצד יש להגיש את התביעה

☞ לידיעתך :

תובעת דמי לידה - את התביעה ניתן להגיש לאחר הפסקת העבודה, בתנאי שנותרו פחות מ-9 שבועות למועד הלידה המשוער.

תביעה לרגל אימוץ: א. בארץ - ניתן להגיש מיום קבלת הילד לאומנה למטרת אימוץ.
ב. בחו"ל - ניתן להגיש מיום קבלת הילד.

☞ **לפי החוק את התביעה יש להגיש תוך שנה מיום הזכאות הראשון.**

☞ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון שמספרו *6050 או 04-8812345.

☞ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לתשלום דמי לידה /
דמי חופשה למאמצת

עמוד 1 מתוך 4

<p>מספר זהות / דרכון</p> <p>ס"ב</p>	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p>חותמת קבלה</p>
<p>סוג המסמך</p> <p>0 1</p>	<p>דפים</p>	

1 פרטי התובעת					
שם משפחה (נוכחי)	שם משפחה (לפני הנישואין)	שם פרטי	מספר זהות ס"ב		
<input type="checkbox"/> שכירה	<input type="checkbox"/> חברת קיבוץ	עבדתי עד יום כולל יום זה	שנת לידה		
<input type="checkbox"/> עצמאית משלמת ד.ב. בסניף _____		שנה חודש יום			
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
0	0				
<input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת הודעות SM					
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:	
		<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוץ	
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

3 פרטי הלידה - יש לצרף אישור מקורי מביה"ח				
תאריך הלידה	שם ביה"ח	מס' הילדים בלידה הנוכחית	אם חזרת לעבודה, נא צייני תאריך:	האם בכוננתך להתחלף עם בן הזוג בחופשת הלידה?
שנה חודש יום			שנה חודש יום	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

4 אישור רפואי - למילוי ע"י רופא נשים לתובעת שטרם ילדה					
שם משפחה		שם פרטי		ביום _____ / _____ / _____ שנה חודש יום	
שם משפחה		שם פרטי			
מס' שבועות של הריון		תאריך לידה משוער _____ / _____ / _____ שנה חודש יום			
שם רופא הנשים		חתימה וחותמת הרופא * _____			

5 למאמץ

5

אישור פקיד הסעד:

הנני מאשר שהגב' _____ מס' זהות _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____
 קיבלה לביתה בכוונה לאמצו ביום _____ / _____ / _____ את הילד _____ שם פרטי _____
 שנולד ב- _____ / _____ / _____ שנה _____ חודש _____ יום _____

חתימה וחותמת פקיד הסעד ✕ _____

6 פרטים על מקום העבודה האחרון

6

שם המעסיק/המפעל

עיסוקך/תפקידך במקום העבודה

תאריך הפסקת עבודה

 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: _____

7 אם לא עבדת ברציפות בשנה האחרונה, אנא מלאי חלק זה לגבי השנתיים האחרונות וצרפי אישורים מתאימים

7

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/דמי חופשה למאמץ דמי אבטלה גמלה לשמירת הריון דמי פגיעה דמי תאונה

קיבלתי תשלום מקרן חופשה שהיתי בהכשרה מקצועית

4. שרתי בצה"ל מ _____ / _____ / _____ עד _____ / _____ / _____ מס' אישי _____ סדיר קבע
 שנה _____ חודש _____ יום _____ שנה _____ חודש _____ יום _____

5. שהיתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מתאריך: _____ / _____ / _____ עד: _____ / _____ / _____
 שנה _____ חודש _____ יום _____ שנה _____ חודש _____ יום _____

8 הצהרת התובעת

8

אני החתומה מטה תובעת גמלת דמי לידה 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.

תאריך _____ חתימת התובעת/מקבלת המלגה/מגישת התביעה ✕ _____

9 אישור מזכירות קיבוץ או מושב שיתופי

9

1. הנני מאשר שהגב' _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' זהות _____

הינה חברת קיבוץ/מושב שיתופי _____ שם הקיבוץ/מושב שיתופי _____

2. הנ"ל מבטחת החל מ _____ / _____ / _____ סוג הביטוח _____ שנה _____ חודש _____ יום _____

3. תאריך הפסקת עבודה _____ / _____ / _____ שנה _____ חודש _____ יום _____

4. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבדה ברציפות כן לא, פרטי _____

_____ x _____

תאריך _____ שם החותם ותפקידו _____ חתימה וחותמת _____

10 למילוי ע"י המעסיק – רק לאחר הפסקת עבודה

10

מספר פקס		טלפון קווי		מספר תיק ב.ב. לאומי		שם המעסיק	
0		0					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב		
הנני מאשר כי גברת							
שם משפחה		פרטי		ת. זהות ס"ב			
				0			
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 _____		<input type="checkbox"/> בבנק <input type="checkbox"/> בהמחאה <input type="checkbox"/> במזומן <input type="checkbox"/> אחר		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג קרבה _____	

תנאי העבודה והשכר

11

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	סיבה
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

4. פרוט הפרשים והתשלומים הנוספים שנכללו בסעיף 3 ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה:

בחודש	שולם (₪)	עבור תקופה		מהות התשלום
		עד תאריך	מתאריך	
1				
2				
3				
4				

סיבה אחרת לשינויים בשכר _____

הצהרת מעסיק

12

הנני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתה ובשכרוה של העובדת כנדרש בחלק זה.

תאריך _____ שם החותם ותפקידו _____ חתימת וחותמת העסק/המפעל _____ x