



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 ולברורים 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

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; text-align: center;">מס' זהות / דרכון</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0 1</div> <div style="text-align: center;">סוג המסמך</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">דפים</div> </div> </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
--	---------------------------	-------------------

1 פרטי התובעת					
מספר זהות ס"ב	שם פרטי	שם משפחה (לפני הנישואין)			
שנת לידה	עבדתי עד יום כולל יום זה	<input type="checkbox"/> שכירה <input type="checkbox"/> חברת קיבוץ <input type="checkbox"/> עצמאית משלמת ד.ב. בסניף _____			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> שנה חודש יום </div>				
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
דואר אלקטרוני	טלפון קווי	טלפון נייד			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 0 </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 0 </div>			
<input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת הודעות SM					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

2 פרטי חשבון הבנק של התובעת			
סוג חשבון:		שמות בעלי החשבון	
<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוץ			
מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף / כתובתו	שם הבנק

3 פרטי הלידה – יש לצרף אישור מקורי מביה"ח			
האם בכוונתך להתחלף עם בן הזוג בחופשת הלידה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	אם חזרת לעבודה, נא צייני תאריך: <div style="text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> שנה חודש יום </div> </div>	מס' הילדים בלידה הנוכחית	שם ביה"ח תאריך הלידה <div style="text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> שנה חודש יום </div> </div>

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

5 למאמץ

אישור פקיד הסעד:

הנני מאשר שהגב' _____ מס' זהות _____

קיבלה לביתה בכוונה לאמצו ביום _____ / _____ / _____ שם משפחה שם פרטי את הילד _____ שם פרטי

שנולד ב- _____ / _____ / _____ שנה חודש יום

חתימה וחותמת פקיד הסעד **x** _____

6 פרטים על מקום העבודה האחרון

שם המעסיק/המפעל	עיסוק/תפקידך במקום העבודה	תאריך הפסקת עבודה																				
		<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">שנה חודש יום</td> </tr> </table>											שנה חודש יום									
שנה חודש יום																						

האם יש קרבה משפחתית ביך 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

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 שהייתי בהכשרה מקצועית

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

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

8 הצהרת התובעת

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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

תאריך _____ חתימת התובעת/מקבלת המלגה/מגישת התביעה **x** _____

אישור מזכירות קיבוץ או מושב שיתופי

9

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

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

2. הנ"ל מבוטחת 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 _____

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							
ת. זהות ס"ב				פרטי		שם משפחה	
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובדת? לא <input type="checkbox"/> כן, סוג קרבה _____				שכרה שולם		החלה לעבוד אצלי ביום	
				<input type="checkbox"/> בבנק <input type="checkbox"/> בהמחאה <input type="checkbox"/> במזומן <input type="checkbox"/> אחר		עבדה עד יום כולל יום זה _____ שנה _____ חודש _____ יום _____ _____ שנה _____ חודש _____ יום _____	

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').

מס' ימים עבורם לא שולם שכר	מס' ימים	שעות עבודה	מס' ימי עבודה בשכר	אחוז משרה	בסיס השכר (חודשי, יומי, שכר לשעה)	דמי ביטוח שנוכו מהשכר	השכר החייב בדמי ביטוח	השכר החייב במס	שנה/ חודש	
										1
										2
										3
										4
										5
										6
										7
										8
										9
										10

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

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

סיבה אחרת לשינויים בשכר _____

הצהרת מעסיק

12

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

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