



תביעה לתשלום מענק לידה ומענק אשפוז (טופס זה מיועד לתביעה על לידה בבית חולים בחו"ל)

חובה לצרף לטופס זה

- לתיבה למענק אשפוז יש לצרף אישור על לידה בבית חולים, חשבונית המפרטת את ההוצאות הקשורות ללידה, וקבלה על תשלום דמי אשפוז או אישור על תשלום פרמיה של היולדת לחברת הביטוח ששילמה את הוצאות הלידה.
- אם נולד תינוק במשקל עד 1750 גרם ואושפז במחלקה לטיפול בילודים 4 ימים לפחות, יש להמציא על כך אישור בנפרד, וכן חשבונית וקבלה על ההוצאות.

כיצד יש להגיש את התביעה

- את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון שמספרו *6050 או 12226050.
- לפרטים נוספים, ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il
- לפי החוק, יש להגיש את התביעה תוך 18 חודשים מיום הלידה.

חובה לחתום על טופס התביעה

עמוד 1 מתוך 2



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לתשלום מענק
לידה ומענק אשפוז

<p>מס' זהות / דרכון</p> <p>סוג המסמך</p> <p>דפים</p>	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p>חותמת קבלה</p>
--	----------------------------------	--------------------------

1 פרטי התובעת

<p>מספר זהות</p> <p>ס"ב</p>	<p>תאריך לידה</p> <p>שנה חודש יום</p>	<p>שם פרטי</p>	<p>שם משפחה</p>
כתובת			
מיקוד	יישוב	דירה	רחוב
דואר אלקטרוני		טלפון נייד	טלפון קווי
		<input type="checkbox"/> אני מאשר/ת קבלת הודעות SMS	
<p>עיסוק היולדת (נא לסמן ✓ במשבצת המתאימה):</p> <p><input type="checkbox"/> אינה עובדת – עקרת בית</p> <p><input type="checkbox"/> עובדת שכירה החל מתאריך: _____ שם המעביד האחרון: _____</p> <p>כתובת: _____ (נא לצרף אישור מהמעביד)</p> <p><input type="checkbox"/> עובדת עצמאית משלח היד: _____ כתובת העסק: _____</p> <p>משלמת דמי ביטוח בסניף _____</p>			

2 פרטי בן הזוג

<p>מספר זהות</p> <p>ס"ב</p>	<p>תאריך לידה</p> <p>שנה חודש יום</p>	<p>שם פרטי</p>	<p>שם משפחה</p>
<p>עיסוק בן הזוג (נא לסמן ✓ במשבצת המתאימה):</p> <p><input type="checkbox"/> אינו עובד החל מתאריך: _____ מקורות הקיום: _____</p> <p>משלם דמי ביטוח בסניף _____</p> <p><input type="checkbox"/> עובד שכיר החל מתאריך: _____ שם המעביד האחרון: _____</p> <p>כתובת: _____ (נא לצרף אישור מהמעביד)</p> <p><input type="checkbox"/> עובד עצמאי משלח היד: _____ כתובת העסק: _____</p> <p>משלם דמי ביטוח בסניף _____</p>			

פרטי הלידה		ילדתי ביום
בארץ	בבית חולים	
מספר הזהות		שם הנולד/ת
		1
		2
		3
		4
<input type="checkbox"/> רצ"ב אישור על הלידה		
<input type="checkbox"/> רצ"ב קבלה על תשלום דמי האשפוז		
דמי האשפוז לביה"ח שולמו ע"י _____		
אם נפטר הילד/ה – ציינו את שם הילד ותאריך הפטירה _____		

פרטי חשבון הבנק של התובעת			
סוג חשבון		שמות השותפים לחשבון	
<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוצי		_____	
מספר חשבון	מספר סניף	שם הסניף / כתובת	שם הבנק
_____	_____	_____	_____
<p>אני/ו מתחייב/ים להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני/ו מסכים/ים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה. אני/ו מסכים/ים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.</p>			
תאריך _____ שם השותף/ים _____ רןש _____ מס' ת.ז. _____ חתימה _____			

הצהרה
<p>הנני מצהירה בזה שכל הפרטים שנמסרו בתביעה זו ובצירופיה הם נכונים ואני תובעת:</p> <input type="checkbox"/> תשלום מענק אשפוז <input type="checkbox"/> תשלום מענק לידה
<p>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.</p>
<p>ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכותי לגמלה או על יצירת חוב ועל כן, אני מתחייב/ת להודיע על כל שינוי תוך 30 יום.</p>
תאריך _____ חתימת התובעת _____