



## 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 לאימוץ בחו"ל – יש לצרף מסמכי אימוץ מתורגמים באישור נטריון.
- באם מוגשת תביעה אימוץ בארץ – למלא אישור פקיד סעד בסעיף 5.
- במידה וחלו 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 ובתנאי שנותרו פחות מ-9 שבועות למועד הלידה המשוער.
- תביעה לרגל אימוץ** – תוגש לאחר קבלת הילד למטרת אימוץ.
- 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 12226050.
- לפרטים נוספים ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על טופס התביעה



**5 למאמץ**

5

1. אישור פקיד הסעד

הנני מאשר שהגב' \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_  
 קיבל/ה לביתה/ו בכוונה לאמצו ביום \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ את הילד \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_  
 שנולד ב- \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

חתימה וחותמת פקיד הסעד \* \_\_\_\_\_

2. תאריך חזרה לעבודה \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

**6 פרטים על מקום העבודה האחרון**

6

שם המעסיק/המפעל

עיסוק/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 \_\_\_\_\_

2. עבודה כעצמאית מתאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

3. קיבלתי מהמוסד לביטוח לאומי גמלת:

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

4. שרתתי בצה"ל מ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ מס' אישי \_\_\_\_\_  סדיר  קבע

5. קיבלתי מקרן חופשה/קופת גמל - דמי חופשה/מחלה לתקופה מתאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

6. שהיתי בהכשרה מקצועית מתאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

בקורס \_\_\_\_\_ מקום הכשרה \_\_\_\_\_

7. שהיתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מתאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

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 זכותי 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 שהוא כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובעת/מקבלת המלגה/מגישת התביעה \* \_\_\_\_\_

אישור מזכירות קיבוץ או מושב שיתופי

9

1. הנני מאשר/ת שהגב' \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_

הינה חברת קיבוץ/מושב שיתופי \_\_\_\_\_ שם הקיבוץ/מושב שיתופי \_\_\_\_\_

2. הנ"ל מבוטח/ת החל מ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ סוג הביטוח \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

3. אחוז ביטוח \_\_\_\_\_ 4. תאריך הפסקת עבודה \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

5. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבדה ברציפות  כן  לא, פרטי \_\_\_\_\_

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

מס' ימים עבורם לא שולם שכר	מס' ימים	מס' ימי עבודה	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	
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:

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

סיבה אחרת לשינויים בשכר \_\_\_\_\_

**הצהרת מעסיק**

**12**

הנני מצהיר/ה בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתו/ה ובשכרו/ה של העובד כנדרש בחלק זה.

\_\_\_\_\_ תאריך      שם החותם ותפקידו      חתימת וחותמת העסק/המפעל x