



תביעה להארכה או פיצול דמי לידה/דמי חופשה למאמץ

חובה לצרף לטופס זה

- ☞ תביעה להארכה עקב אשפוז ילד או יולדת – חובה לצרף אישור מבית החולים על תקופות האשפוז.
- ☞ תביעה לפיצול, חובה לצרף אישור מהמעסיק על חזרה לעבודה עקב הפיצול וחזרה לחופשת לידה אחריה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ לידיעתך – טופס זה יש להגיש רק לאחר הגשת תביעה לדמי לידה
- ☞ 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 שנה מיום הזכאות הראשון לגמלה.

חובה לחתום על טופס התביעה

5 תביעה לפיצול דמי לידה / דמי חופשה למאמץ עקב אשפוז הילד / התובעת
יש לצרף אישורים מביה"ח ומהמעסיק (ראה דברי הסבר בדף המקדים)

5

אשפוז הילד / התובעת

- הילד / התובעת נשאר בביה"ח לאחר הלידה / האימוץ עד _____
- הילד / התובעת אושפז/ה מחדש ביום _____ ועדין שוהה בבית החולים
- הילד / התובעת אושפז/ה מחדש ביום _____ ושחרר/ה ביום _____

6 הצהרת התובעת

6

1. טרם חזרתי לעבודה
2. חזרתי לעבודה ביום _____ חזרתי לחופשת לידה / אימוץ ביום _____
3. אני תובעת הארכת דמי לידה / דמי חופשה למאמץ עקב אשפוז הילד / התובעת.
 פיצול דמי לידה / דמי חופשה למאמץ עקב אשפוז הילד / התובעת.
4. אני החתומה מטה מצהיר 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 על יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי תוך 30 יום.

תאריך _____ חתימת התובעת * _____