



תביעה לתשלום דמי לידה/גמלת הורים למאמצת/מיועדת לחברת קיבוץ

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-6 החודשים שקדמו להפסקת העבודה, מסיבה רפואית או מסיבה שלא צוינה ע"י המעסיק – יש להמציא אישור מתאים.

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 לאמנה למטרת אימוץ **ב. בחו"ל** – ניתן להגיש מיום קבלת הילד.
- לחברה בקיבוץ מתחדש משולמת הגמלה באופן אוטומטי, יש לוודא קבלת תשלום.
- לפי החוק את התביעה יש להגיש תוך שנה מיום הזכאות הראשון.**
- אם את בעלת שליטה או קרובת משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 9 בעמוד 3.
- ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר.** לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, יישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.

כיצד יש להגיש את התביעה

- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון נקבה אך פונה לנשים ולגברים כאחד

4 אישור רפואי - למילוי ע"י רופא נשים לתובעת שטרם ילדה

4

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 **X**

5 למאמץ או אם מיועדת

5

אישור פקיד הסעד:

הנני מאשר שהגב' _____ מס' זהות _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____ קבלה ביום _____ / _____ / _____ שנה _____ חודש _____ יום _____ את הילד _____ שם פרטי _____ שנולד ב- _____ / _____ / _____ שנה _____ חודש _____ יום _____ חתימה וחותמת פקיד הסעד **X**

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 <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה: _____ אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה צייני שמות מעסיקים: _____		

7 אנא מלאי חלק זה לגבי השנתיים האחרונות וצרפי אישורים מתאימים

7

- שם מעסיק קודם _____ עבודה מתאריך: _____ / _____ / _____ שנה _____ חודש _____ יום _____ עד: _____ / _____ / _____ שנה _____ חודש _____ יום _____
- עבודה כעצמאית מתאריך: _____ / _____ / _____ שנה _____ חודש _____ יום _____ עד: _____ / _____ / _____ שנה _____ חודש _____ יום _____
- קיבלתי מהמוסד לביטוח לאומי גמלת: דמי לידה/גמלת הורים למאמץ דמי אבטלה גמלה לשמירת הריון דמי פגיעה דמי תאונה קיבלתי תשלום מקרן חופשה
- שהייתי בהכשרה מקצועית במהלך 4 השנים האחרונות.
 שהייתי בהכשרה מקצועית בקורס _____ מתאריך _____ עד _____ מקום ההכשרה _____
 שהייתי בהכשרה מקצועית בלימודי סיעוד לאחיות מוסמכות מתאריך _____ עד תאריך _____ מקום ביצוע ההכשרה _____
 אנא צרפי אישור ממוסד הלימודים
- שרתי בצה"ל מ _____ / _____ / _____ שנה _____ חודש _____ יום _____ עד _____ / _____ / _____ שנה _____ חודש _____ יום _____ מס' אישי _____ סדיר קבע
- שהייתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מתאריך: _____ / _____ / _____ שנה _____ חודש _____ יום _____ עד: _____ / _____ / _____ שנה _____ חודש _____ יום _____

אם יש לך פטור מלא או חלקי ממס הכנסה – נא צרפי אישור מתאים ממס הכנסה**8****הצהרת התובעת**

אני החתומה מטה תובעת גמלת דמי לידה ומצהירה בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין 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 בתוך 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 פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכימה כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך _____ חתימת התובעת ✕ _____

9**הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד**

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) _____

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) _____

פרטי העובדת שהחליפה אותי במהלך תקופת לידה והורות: שם _____ ת.ז. _____

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה ✕ _____

10**אישור מזכירות קיבוץ או מושב שיתופי**

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

היא 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 _____

_____ ✕ _____
תאריך _____ שם החותם ותפקידו _____ חתימה וחותמת _____

11

למילוי ע"י המעסיק – רק לאחר הפסקת עבודה

שם המעסיק		מספר תיק בב. לאומי		טלפון קווי		מספר פקס	
רחוב		מס' בית		כניסה		דירה	
הנני מאשר כי גברת		פרטי		עיסוק/תפקיד		ת. זהות	
שם משפחה		ס"ב		ישוב		מיקוד	
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 _____	

12

תנאי העבודה והשכר

1. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבדה: ברציפות שלא ברציפות, פרט: _____ 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' עבודה בשכר	שעות עבודה	מס' ימים עבורם לא שולם שכר
1								סיבה
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

4. פרוט הפרשים והתשלומים הנוספים שנכללו בסעיף 3 ב-6 החודשים שקדמו להפסקת העבודה:

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

סיבה אחרת לשינויים בשכר _____

13

הצהרת מעסיק

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

_____ x _____

תאריך שם החותם ותפקידו חתימת וחותמת העסק/המפעל