

תביעה למענק אשפוז - בדיקת רציפות ביטוח

המוסד לביטוח לאומי, סניף:

מאת: בית חולים-, מספר פקס-

סימון- היולדת

- יולדת שאינה תושבת ישראל
- יולדת תושבת ישראל

מספר טלפון

1. פרטי היולדת (למילוי על ידי פקיד בית החולים)

- שם פרטי
- שם משפחה
- תאריך לידה
- ארץ מוצא
- מספר תעודת זהות או דרכון

2. פרטי בן הזוג (למילוי על ידי פקיד בית החולים)

- שם פרטי
- שם משפחה
- ארץ מוצא
- מספר תעודת זהות או דרכון

3. פרטי פרטים על הלידה (למילוי על ידי פקיד בית החולים)

- תאריך לידה
- מספר שבועות של הריון
- משקל הילוד
- מספר ימי אשפוז במחלקה לטיפול נמרץ בילודים
- תאריך פטירה (אם הילוד נפטר)
- תאריך לידה משוער
- חתימת היולדת
- תאריך:
- שם החותם

- חתימה וחותמת ביה"ח

4. המסמכים שיש לצרף לתביעה

- עובדת בישראל-
 - דרכון בתוקף של היולדת
 - אישור העסקה של היולדת
- אשת עובד בישראל
 - דרכון בתוקף של היולדת
 - אישור המעסיק על תקופת העבודה של בן הזוג
 - תעודת נישואין
- אשת תושב
 - דרכון של בן הזוג או תעודת זהות
 - תעודת נישואין
- תושבת הנשואה לתושב זר
 - תעודת זהות
 - דרכון של בן הזוג
 - תעודת נישואין

בדיקת זכאות

5. מצב משפחתי של היולדת (למילוי על ידי פקיד תביעות אימהות בביטוח

(הלאומי)

- נשואה :
 - שם הבעל
 - תאריך נישואין
- לא נשואה:
 - שם בן הזוג
 - דרכון בתוקף עד ליום
 - תוקף אשרה מיום
 - עד יום

כתובת היולדת (הרשומה במשרד הפנים)

- רחוב / תא דואר
- מספר בית
- כניסה

- דירה
- יישוב מיקוד

6. פרטים על תעסוקה/עבודה (על פי אישורים בלבד) (למילוי ע"י פקיד תביעות אמהות בביטוח הלאומי)

פרטי היולדת

- אם עובדת שכירה -
 - החל מתאריך
 - עד תאריך
 - שם מעביד אחרון
 - מספר תיק
- אם עובדת עצמאית –
 - החל מתאריך
 - עד תאריך
 - דמי ביטוח שולמו בסניף
- אם אינה עובדת ואינה עובדת עצמאית
- מבוטחת לפי סעיף 40(א)(1)
- מבוטחת לפי סעיף 40(א)(2)
- אינה מבוטחת

פרטי בן הזוג

- אם עובד שכיר
 - החל מתאריך
 - עד תאריך
 - שם מעביד אחרון
 - מספר תיק
- עובד עצמאי
 - החל מתאריך
 - עד תאריך
 - דמי ביטוח שולמו בסניף
- אינו עובד ואינו עובד עצמאי
- אם אינה עובדת ואינה עובדת עצמאית
- מבוטחת לפי סעיף 40(א)(1)

אל בית החולים: הבקשה בבירור ועם תום בדיקתנו נודיע לכם את החלטתנו

- תאריך
- שם פקיד התביעות
- חתימה וחותמת המוסד