

תביעה לתשלום קצבה מיוחדת ליולדת נכה שאין איתה בן זוג בל/362

חובה לצרף לטופס זה

- אישור מרופא מטפל המאשר שנבצר ממך לטפל בילד בשל נכותך.

לידיעתך

- תביעה זו מיועדת ליולדת נכה שאין עמה בן זוג, ונקבעה לה דרגת נכות בשיעור 100% אי כושר השתכרות.
- על פי חוק, יש להגיש את התביעה תוך שנה מיום הלידה.
- **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 www.btl.gov.il. האינטרנט.
- קצבה מיוחדת – תשלום קצבה חודשית בשיעור של 30% מהשכר הממוצע במשך 3 חודשים.

חובה לחתום על טופס התביעה

1. פרטי התובעת

- שם משפחה
- שם פרטי
- תאריך לידה
- ארץ מוצא
- מספר זהות

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

- רחוב / תא דואר
- מספר בית
- כניסה
- דירה
- יישוב
- מיקוד
- טלפון קווי
- טלפון נייד
- דואר אלקטרוני _____

- אני מסרב לקבל הודעות הכוללות ידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – sms, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

- רחוב / תא דואר
- מספר בית
- כניסה
- דירה
- יישוב
- מיקוד

2. פרטי הילדים שנולדו בלידה האחרונה ונמצאים בהחזקתך

- תאריך הלידה
- שם בית החולים

פרטי הילדים

- שם הילד
- תעודת זהות
- שם הילד
- תעודת זהות

3. פרטי חשבון הבנק של התובעת

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

- שמות בעלי החשבון
- סוג חשבון
 - פרטי
 - קיבוץ

- שם הבנק
- שם הסניף / כתובתו
- מספר סניף
- מספר חשבון

אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכימה שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.

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 /או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. **לחילופין, ידוע לי כי המוסד ראוי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יא עלי להמציאם לפי דרישה.**

תאריך _____ שם השותפים ותעודת זהות _____ חתימה _____

4. הצהרת התובעת

אני החתומה מטה מצהירה בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים וכי אין עמי בן זוג.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

תאריך _____ חתימת התובעת _____