



## תביעה לתשלום מענק לידה ומענק אשפוז (טופס זה מיועד לתביעת מענקים לרגל לידה בבית חולים בחו"ל)

### חובה לצרף לטופס זה

- לתיבה למענק אשפוז יש לצרף אישור על לידה בבית חולים, חשבונית המפרטת את ההוצאות הקשורות ללידה, וקבלה על תשלום דמי אשפוז או אישור על תשלום פרמיה של היולדת לחברת הביטוח ששילמה את הוצאות הלידה.
- אם נולד תינוק במשקל עד 1750 גרם ואושפז במחלקה לטיפול בילודים 4 ימים לפחות, יש להמציא על כך אישור בנפרד, וכן חשבונית וקבלה על ההוצאות.

### כיצד יש להגיש את התביעה

- את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון שמספרו \*6050 או 04-8812345.
- לפרטים נוספים, אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)
- לפי החוק, יש להגיש את התביעה תוך 18 חודשים מיום הלידה.

### חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
דמי לידה

תביעה לתשלום מענק  
לידה ומענק אשפוז

מס' זהות / דרכון															
<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td colspan="2">סוג המסמך</td> <td colspan="2">דפים</td> </tr> </table>										0	1	סוג המסמך		דפים	
0	1	סוג המסמך		דפים											
לשימוש פנימי בלבד (סריקה)															

חותמת קבלה

**1 פרטי התובעת**

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

תאריך לידה \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_

שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

**כתובת (הרשומה במשרד הפנים)**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
_____	_____	_____	_____	_____	_____

טלפון קווי \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_ דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_

אני מאשרת קבלת הודעות SMS

**מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
_____	_____	_____	_____	_____	_____

עיסוק היולדת (נא לסמן ✓ במשבצת המתאימה):

אינה עובדת - עקרת בית \_\_\_\_\_

עובדת שכירה החל מתאריך: \_\_\_\_\_ שם המעביד האחרון: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ (נא לצרף אישור מהמעביד)

עובדת עצמאית משלח היד: \_\_\_\_\_ כתובת העסק: \_\_\_\_\_

משלמת דמי ביטוח בסניף \_\_\_\_\_

**2 פרטי בן הזוג**

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

תאריך לידה \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_

שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

עיסוק בן הזוג (נא לסמן ✓ במשבצת המתאימה):

אינו עובד החל מתאריך: \_\_\_\_\_ מקורות הקיום: \_\_\_\_\_

משלם דמי ביטוח בסניף \_\_\_\_\_

עובד שכיר החל מתאריך: \_\_\_\_\_ שם המעביד האחרון: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ (נא לצרף אישור מהמעביד)

עובד עצמאי משלח היד: \_\_\_\_\_ כתובת העסק: \_\_\_\_\_

משלם דמי ביטוח בסניף \_\_\_\_\_

**3 פרטי הלידה**

בארץ	בבית חולים	ילדתי ביום
מספר הזהות	שם הנולד	
ס"ב		
ס"ב		
ס"ב		
ס"ב		
<input type="checkbox"/> רצ"ב אישור על הלידה <input type="checkbox"/> רצ"ב קבלה על תשלום דמי האשפוז דמי האשפוז לביה"ח שולמו ע"י _____ אם נפטר הילד – ציינו את שם הילד ותאריך הפטירה _____		

**4 פרטי חשבון הבנק של התובעת**

סוג חשבון	שמות השותפים לחשבון		
<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוצי			
מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף / כתובתו	שם הבנק

אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכימה שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון 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 פרטי מושכי התשלומים.

תאריך \_\_\_\_\_ שם השותף/ים \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה **X** \_\_\_\_\_

**5 הצהרה**

הנני מצהירה בזה שכל הפרטים שנמסרו בתביעה זו ובצרופותיה הם נכונים ואני תובעת:

תשלום מענק אשפוז  תשלום מענק לידה

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 ע"י 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 על יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי תוך 30 יום.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובעת **X** \_\_\_\_\_