



תביעה לתשלום דמי לידה לאב המחליף את בת/בן הזוג

מי זכאי לתשלום

קיימים תנאים מצטברים הנדרשים על מנת לקבל זכאות, ויש לברר תנאים אלו לפני היציאה לחופשה.

חובה לצרף לטופס זה

אישור המעביד על חזרת בת/בן הזוג לעבודה.

כיצד יש להגיש את התביעה

בת/בן הזוג, ימלאו את סעיפים 1, 2 של טופס התביעה

את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.
לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.

לידיעתך - על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.

לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לתשלום דמי לידה
לאב המחליף את בת/בן הזוג

עמוד 1 מתוך 4

<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="15">מס' זהות / דרכון</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td colspan="2">סוג המסמך</td><td colspan="2">דפים</td><td colspan="9"> </td></tr> </table>																	מס' זהות / דרכון															0	1	סוג המסמך		דפים											לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מס' זהות / דרכון																																															
0	1	סוג המסמך		דפים																																											

חותמת קבלה

1 פרטי המבוטח/ת																																																																																													
שם פרטי	שם משפחה																																																																																												
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="15">מספר זהות ס"ב</td></tr> </table>																	מספר זהות ס"ב															<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="15">תאריך לידת הילד</td></tr> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> <td colspan="12"> </td> </tr> </table>																	תאריך לידת הילד															שנה	חודש	יום																											
מספר זהות ס"ב																																																																																													
תאריך לידת הילד																																																																																													
שנה	חודש	יום																																																																																											
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="15">תאריך הפסקת העבודה</td></tr> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> <td colspan="12"> </td> </tr> </table>																	תאריך הפסקת העבודה															שנה	חודש	יום													<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="15">תאריך הפסקת העבודה</td></tr> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> <td colspan="12"> </td> </tr> </table>																	תאריך הפסקת העבודה															שנה	חודש	יום												
תאריך הפסקת העבודה																																																																																													
שנה	חודש	יום																																																																																											
תאריך הפסקת העבודה																																																																																													
שנה	חודש	יום																																																																																											

2 הצהרת המבוטח/ת	
אני החתום מטה מסכים לוותר על דמי הלידה המגיעים לי בתקופה החל מ- _____ עד _____ לבן זוגי _____ ת.ז. _____.	
לאם יולדת: שימי לב: אינך יכולה לוותר על ששת השבועות הראשונים מיום הלידה	
<input type="checkbox"/> מצורף בזאת אישור על חזרתי לעבודה	
תאריך _____	חתימת המבוטח x _____

3 פרטי התובע/ת																																																																			
שם פרטי	שם משפחה																																																																		
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="15">מספר זהות ס"ב</td></tr> </table>																	מספר זהות ס"ב															<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="15">שם פרטי</td></tr> </table>																	שם פרטי																		
מספר זהות ס"ב																																																																			
שם פרטי																																																																			
<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> עצמאי, משלם דמי ביטוח בסניף _____																																																																			
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)																																																																			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד																																																														
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני																																																																	
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="15">טלפון קווי</td></tr> </table>																	טלפון קווי															<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="15">טלפון נייד</td></tr> </table>																	טלפון נייד															<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS			
טלפון קווי																																																																			
טלפון נייד																																																																			
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)																																																																			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד																																																														

פרטי חשבון הבנק של התובע

4

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

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

אני מסכים 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 מושגי התשלומים.

תאריך _____ x חתימת מקבל התשלום _____ x חתימת/חתימות השותפים לחשבון _____

פרטים על מקום העבודה האחרון (למי שעבד ברציפות בשנה האחרונה)

5

עיסוקך/תפקידך במקום העבודה	הסיבה להפסקת העבודה	עבדתי עד ליום _____ (כולל יום זה)
האם יש קירבה משפחתית בינך לבין מעסיקך/האם הינך בעל שליטה בחברה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____		שם המעסיק/ המפעל
אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה, ציין שמות המעסיקים א. _____ ב. _____		

פרטים על מקום העבודה האחרון (למי שלא עבד ברציפות בשנה האחרונה)

6

שם מעסיק קודם	עבודה מתאריך _____ עד _____
עבודה כעצמאי מתאריך _____ עד _____	

הצהרת התובע/ת

7

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן 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 מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

תאריך _____ חתימת התובע _____ x

אישור המעסיק על תקופת ההעסקה ועל השכר

I פרטי המעסיק

I

טלפון קווי	מספר תיק ניכויים		שם המעסיק	
טלפון פקס	מיקוד	יישוב	מס' בית	רחוב / תא דואר

אנו מאשרים בזה שהרשום מטה הועסק על ידינו כעובד שכיר, ועבודתו הופסקה, בהתאם לפרטים הרשומים מטה:

מספר זהות ס"ב	תקופת העסקה מ _____ עד _____	שם פרטי	שם משפחה
------------------	---------------------------------	---------	----------

הסיבה להפסקת העבודה _____

שכרו שולם בבנק בהמחאה במזומן אחר _____

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובד? לא כן, סוג הקרבה _____

פרוט שכר העובד (בש"ח) ב - 10 חודשים שקדמו להפסקת עבודתו (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 המשרה	מס' ימי עבודה בשכר	מס' הימים בעבורם לא שולם שכר	סיבה
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

פירוט ההפרשים והתשלומים הנוספים שנכללו בטבלה לעיל, ב - 4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה:

בחודש _____ שולם _____ ₪ עבור התקופה מ _____ עד _____ מהות התשלום _____

בחודש _____ שולם _____ ₪ עבור התקופה מ _____ עד _____ מהות התשלום _____

בחודש _____ שולם _____ ₪ עבור התקופה מ _____ עד _____ מהות התשלום _____

סיבה אחרת לשינויים בשכר _____

II הצהרת המעסיק

II

אני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתו של העובד כנדרש בחלק זה.

תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו _____ חתימה וחותמת המעסיק/המפעל _____

אישור מזכירות הקיבוץ או המושב השיתופי



הנני מאשר שמר _____ שם משפחה פרטי ת.ז. _____ הינו חבר קיבוץ/מושב שיתופי _____

תאריך הפסקת עבודה

הנ"ל מבוטח החל מתאריך _____ בסוג _____

תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו ✕ _____ חתימה וחתימת ✕ _____