



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

### חובה לצרף לטופס זה

- ☞ לתביעה למענק אשפוז יש לצרף אישור על לידה בבית חולים, ואת חשבונית המפרטת את ההוצאות הקשורות ללידה, כמו כן יש לצרף קבלה 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 לפחות 4 ימים, יש להמציא על כך אישור נפרד, וכן חשבונית וקבלה על ההוצאות.
- ☞ אם אין ברשותך תעודת זהות ישראלית, יש לצרף אישור על ניהול חשבון בנק שלך או חשבון משותף, בו ברצונך לקבל את תשלום הגמלה.

### לידיעתך

- ☞ לפי החוק, יש להגיש את התביעה בתוך 18 חודשים מיום הלידה.
- ☞ באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני. לידיעתך, המוסד יהיה פטור ממשלוח הודעות אלו גם בדואר.
- ☞ טופס זה מיועד גם לתביעת קצבת לידה בלידה של יותר משני ילדים שלא בלידה אחת, ובלבד שההפרש בין לידה ללידה אינו עולה חודשיים.

### כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ את טופס התביעה יש לשלוח אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך או להביאו לשם. לשאלות ולברורים יש לפנות לטלפון שמספרו \*6050 או 04-8812345.
- ☞ מידע נוסף, אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

### חובה לחתום על טופס התביעה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים
---------------------------	---------------------------------------

חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
גמלאות אמהות

**תביעה לתשלום מענק לידה ומענק אשפוז וקצבת לידה בלידות סמוכות**

**1 פרטי התובעת**

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה שנה חודש יום	מספר זהות ס"ב
----------	---------	----------------------------	------------------

**כתובת (הרשומה במשרד הפנים)**

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

טלפון קווי \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_

אני מאשרת קבלת הודעות SMS  
 אני מאשרת קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני

**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: \_\_\_\_\_  
 כתובתו: \_\_\_\_\_ (נא לצרף אישור מהמעביד)  
 עובדת עצמאית משלח היד: \_\_\_\_\_ כתובת העסק: \_\_\_\_\_  
 משלמת דמי ביטוח בסניף \_\_\_\_\_

**2 פרטי בן הזוג**

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה שנה חודש יום	מספר זהות ס"ב
----------	---------	----------------------------	------------------

עיסוק בן הזוג (נא לסמן ✓ במשבצת המתאימה):  
 אינו עובד מתאריך: \_\_\_\_\_ מקורות הקיום: \_\_\_\_\_  
 משלם דמי ביטוח בסניף \_\_\_\_\_  
 עובד שכיר מתאריך: \_\_\_\_\_ שם המעביד האחרון: \_\_\_\_\_  
 כתובתו: \_\_\_\_\_ (נא לצרף אישור מהמעביד)  
 עובד עצמאי משלח היד: \_\_\_\_\_ כתובת העסק: \_\_\_\_\_  
 משלם דמי ביטוח בסניף \_\_\_\_\_

**פרטי הלידה**

**3**

בארץ	בבית חולים		ילדתי ביום
מספר הזהות		שם הנולד	
<input type="checkbox"/> מצורף אישור על הלידה <input type="checkbox"/> מצורפת קבלה על תשלום דמי האשפוז			
את דמי האשפוז לביה"ח שילם/שילמו _____			
אם נפטר הילד – ציינו את שם הילד ותאריך הפטירה _____			

**פרטי חשבון הבנק של התובעת**

**4**

סוג חשבון		שמות השותפים לחשבון	
<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוצי			
מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף / כתובתו	שם הבנק
<p>אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכימה שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה. 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.</p>			
תאריך _____ שם השותף/ים _____ מס' ת"ז _____ חתימה <b>x</b> _____			

**הצהרה**

**5**

אני מצהירה בזה שכל הפרטים שנמסרו בתביעה זו ובצירופותיה הם נכונים ואני תובעת :

תשלום מענק אשפוז  תשלום מענק לידה  תשלום קצבת לידה בלידות סמוכות  
 ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, היא עברה 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 בתוך 30 יום.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובעת **x** \_\_\_\_\_

