



תביעה לקצבה מיוחדת ותגמול מיוחד בגין יולדת שנפטרה *

חובה לצרף לטופס זה

אם מגיש התביעה הינו אפוטרופוס על הקטין – יש לצרף אישור של בית הדין לעבודה. ↵

לידיעתך

- ↵ יתכן וקיימת זכאות לקצבת שאירים ואז מומלץ למלא טופס בל 480 (תביעה לקצבת שאירים).
- ↵ לפי החוק, יש להגיש את התביעה תוך שנה מיום הפטירה.
- ↵ 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.

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.

* קצבה מיוחדת - תשלום קצבה חודשית בשיעור של 30% מהשכר הממוצע במשק.
תגמול מיוחד - תשלום בעבור תקופה בה מפסיק בן הזוג של הנפטרת לעבוד. התגמול משולם ע"פ הכנסותיו.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

**תביעה לקצבה מיוחדת ותגמול
מיוחד בגין יולדת שנפטרה**

עמוד 1 מתוך 3

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; justify-content: space-between;"> מס' זהות / דרכון </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> סוג המסמך דפים </div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 0 1 </div>	

חותמת קבלה

1 פרטי התובע					
שם פרטי	שם משפחה				
מספר זהות ס"ב	תאריך לידה				
<input type="checkbox"/> אבי הילדים	<input type="checkbox"/> אפוסטרופוס				
<input type="checkbox"/> ממונה ע"י ביה"ד לעבודה / סעיף 136 לחוק	<input type="checkbox"/> התובע הוא:				
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
טלפון קווי			טלפון נייד		
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS			<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני		
שם הנמען (אם אינו הרשום מעלה):			עיסוק התובע <input type="checkbox"/> עובד שכיר <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ / מושב שיתופי <input type="checkbox"/> עובד עצמאי. משלם דמי ביטוח בסניף: _____ <input type="checkbox"/> אחר (פרט): _____		
הכתובת למכתבים					
שם פרטי			שם משפחה		
<input type="checkbox"/> מייצג (עו"ד, אפוסטרופוס וכו')			<input type="checkbox"/> מייצג אחר _____		
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

2 פרטי הנפטרת	
שם פרטי	שם משפחה
מספר זהות ס"ב	תאריך הפטירה
שנה	חודש / יום

פרטי הילדים שנולדו בלידה האחרונה		3						
שם ביה"ח	תאריך הלידה	<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום			
שנה	חודש		יום					
פרטי הילדים:								
שם הילד	ס"ב מספר הזהות	1						
		2						
		3						

4	תביעה לקצבה מיוחדת
נא לסמן ✓ במשבצת המתאימה	
<input type="checkbox"/>	בגין הילדים הוגשה תביעה לקצבת שאירים
<input type="checkbox"/>	בגין הילדים הוגשה תביעה לקצבת תלויים

5	תביעה לתגמול מיוחד	
עקב פטירת אשתי הפסקתי את עבודתי כדי לטפל בילדי בתקופה:		
מאתריך	עד תאריך	חזרתי לעבודה ביום
שנה חודש יום	שנה חודש יום	שנה חודש יום

6	פרטי חשבון הבנק של התובע		
שמות בעלי החשבון	סוג החשבון:		
	<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוץ		
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
<p>אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון 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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.</p>			
תאריך	שם השותף/ים	מס' ת.ז.	חתימה * _____

7	הצהרת התובע
<p>הנני מצהיר בזה שכל הפרטים שנמסרו בתביעה זו ובצרופיה, הם נכונים. כן אני מצהיר שהילדים שפרטיהם מפורטים לעיל נמצאים בחיים, הם שוהים בישראל ונמצאים בהחזקתי / אפטרופסותי, אני תובע:</p> <p><input type="checkbox"/> קצבה מיוחדת <input type="checkbox"/> קצבה מיוחדת ותגמול מיוחד</p> <p>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 מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.</p>	
תאריך:	חתימת התובע * _____

מילוי ע"י המעסיק

אישור המעביד האחרון – לפני מילוי חלק זה, קרא בעיון את דברי ההסבר והקפד למלא אחר ההוראות.

מספר התיק במוסד			שם המפעל / המעביד																																
<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></tr> </table>																		<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></tr> </table>																	
מיקוד	יישוב	מספר בית	רחוב / תא דואר																																
פקס			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></tr> </table>																		<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></tr> </table>																	
עבד עד ליום (כולל יום זה)		החל לעבוד אצלי ביום		הנני מאשר כי מר/גברת																															
<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></tr> </table>																	<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></tr> </table>																	שם משפחה	
יום חודש שנה		יום חודש שנה		שם פרטי																															

<p>9 פירוט שכר פירוט שכרו בשקלים חדשים ב-6 החודשים שקדמו להפסקת עבודתו. בחלק זה יש לכלול גם הפרשים ושכר חורג. כמו כן יש לפרט זאת גם בסעיף 10 להלן.</p>								
סכום דמי הביטוח שנוכו משכר העובד	(ז) סכום דמי הביטוח שנוכו משכר העובד	(ו) השכר החודשי החייב בדמי ביטוח - ברוטו	(ה) השכר החודשי הרגיל - ברוטו	(ד) מס' ימי העבודה	(ג) מס' ימים עבורם לא שולם שכר		(א) מתאריך	(ב) עד תאריך
					הימים	הסבר		

<p>10 פירוט שכר חורג פירוט שכר חורג (בשקלים חדשים) מהשכר הרגיל ששולם ב-4 חודשים שקדמו להפסקת העבודה - <u>למלא בכל תביעה.</u></p>	
<p>(א) <input type="checkbox"/> בארבעת החודשים שקדמו להפסקת העבודה, לא שולם כל תשלום נוסף לשכר הרגיל.</p>	<p>(ב) <input type="checkbox"/> שולם שכר נוסף שנכלל בסעיף 9 לעיל, כמפורט להלן:</p>
<p>1. בתאריך _____ שולם סך _____ שקל חדש, המתייחס לתקופה מ- _____ עד _____ מהות התשלום: _____</p>	
<p>2. בתאריך _____ שולם סך _____ שקל חדש, המתייחס לתקופה מ- _____ עד _____ מהות התשלום: _____</p>	

<p>11 הצהרה הנני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתו ובשכרו של העובד כנדרש בחלק זה ובדברי ההסבר שבתביעה.</p>	
<p>תאריך _____</p>	
<p>שם החותם _____ תפקידו _____ חתימה וחותמת המפעל X _____</p>	