



## תביעה לתשלום דמי חופשה

- למאמצת/מאמץ
- הורה במשפחת אומנה
- אב ביולוגי שאין איתו בת זוג
- אב ביולוגי שיש איתו בן זוג

### חובה לצרף לטופס זה

- באם מוגשת תביעה לרגל אימוץ בחו"ל – יש לצרף מסמכי אימוץ מתורגמים באישור נוטריון ולציין את מועד קבלת הילד. ↵
- באם מוגשת תביעה לרגל אימוץ בארץ – עובד סוציאלי ימלא ויאשר סעיף 4. ↵
- באם מוגשת תביעה לרגל קבלת ילד לאומנה לשישה חודשים לפחות – עובד סוציאלי ימלא ויאשר סעיף 3.. כמו כן, יש לצרף מסמך מאת משרד הרווחה על כך שאושרתם לשמש כמשפחת אומנה. ↵
- באם חלו שינויים בשכר ב-3 החודשים שקדמו להפסקת העבודה, מסיבה רפואית או מסיבה שלא צוינה ע"י המעסיק – יש להמציא אישור מתאים. ↵

### לידיעתך

- אב ביולוגי יצרף אישור על הלידה בארץ או בחו"ל. ↵
- תביעה לרגל אימוץ: א. בארץ - ניתן להגיש מיום קבלת הילד לאומנה למטרת אימוץ. ↵
- ב. בחו"ל - ניתן להגיש מיום קבלת הילד. ↵
- ג. אומנה – ניתן להגיש מיום קבלת הילד למשפחה. ↵
- אם יש לך בן זוג, עליך לציין את פרטי זהותו, בסעיף 1 אף אם אינו רשום בביטוח לאומי, כידוע בציבור. ↵
- לפי החוק את התביעה יש להגיש תוך שנה מיום הזכאות הראשון. ↵
- אם את בעלת שליטה או קרובת משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 9 בעמוד 3. ↵
- משלוח הודעות בדואר אלקטרוני – 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

- אפשר להגיש תביעה ובה מסמכים נלווים גם באמצעות פקס, ואין חובה להגיש מסמכים מקוריים. עם זאת המוסד יהיה רשאי לדרוש הצגה של מסמך מקורי, אם הצילום או הפקס שהתקבל אינו ברור, או מכל סיבה אחרת, לפי שיקול דעתו של פקיד התביעות. ↵
- את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולברורים 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). ↵

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון נקבה אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

עמוד 1 מתוך 4

מס' זהות / דרכון <input type="text"/>		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
סוג המסמך <input type="text"/>	דפים <input type="text"/>	

חותמת קבלה

תביעה לתשלום דמי חופשה

<b>1 פרטי התובעת</b>					
שם משפחה (נוכחי) <input type="text"/>		שם משפחה (לפני הנישואין) <input type="text"/>		שם פרטי <input type="text"/>	
מספר זהות ס"ב <input type="text"/>		שנת לידה <input type="text"/>		עבדתי עד יום כולל יום זה <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> שכירה <input type="checkbox"/> עצמאית משלמת ד.ב. בסניף _____		שנה <input type="text"/>		חודש <input type="text"/>	
שם פרטי <input type="text"/>		שם משפחה <input type="text"/>		<b>פרטי בן הזוג</b>	
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>					
מיקוד <input type="text"/>		יישוב <input type="text"/>		דירה <input type="text"/>	
מס' בית <input type="text"/>		כניסה <input type="text"/>		רחוב / תא דואר <input type="text"/>	
טלפון קווי <input type="text"/>		טלפון נייד <input type="text"/>		דואר אלקטרוני <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני		<input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת הודעות SMS		<input type="checkbox"/>	
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>					
מיקוד <input type="text"/>		יישוב <input type="text"/>		דירה <input type="text"/>	
מס' בית <input type="text"/>		כניסה <input type="text"/>		רחוב / תא דואר <input type="text"/>	

<b>2 פרטי חשבון הבנק של התובעת</b>			
שם פרטי <input type="text"/>		שמות בעלי החשבון <input type="text"/>	
מספר חשבון <input type="text"/>		שם הסניף / כתובתו <input type="text"/>	
מס' סניף <input type="text"/>		שם הבנק <input type="text"/>	

<b>3 לאומנה – אישור מאת עובד סוציאלי המלווה את משפחת האומנה</b>	
הנני מאשר כי גב'/מר _____ שם משפחה _____ שם פרטי	
קבלו לביתם לאומנה למשך שישה חודשים לפחות את הילד _____ ביום _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____	
תאריך לידה _____ / _____ / _____ ת.ז. שנה חודש יום	
חתימה וחותמת עובד סוציאלי ✕ _____	

**4 למאמץ**

4

אישור מאת עובד סוציאלי:

למאמץ בחו"ל – נא לציין את מועד קבלת הילד \_\_\_\_\_  
 הנני מאשר כי גב'מר \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_  
 שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_  
 קיבלו לביתם בכוונה לאמצו ביום \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ את הילד \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_  
 שנה חודש יום  
 שנולד ב- \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 שנה חודש יום

חתימה וחותמת עובד סוציאלי X \_\_\_\_\_

**5 פרטים על מקום העבודה האחרון**

5

שם המעסיק/המפעל

עיסוק/תפקידך במקום העבודה

תאריך הפסקת עבודה

שנה	חודש	יום

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין מעסיקך  לא  כן, סוג הקרבה: \_\_\_\_\_  
 אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה צייני שמות מעסיקים:

**6 אם לא עבדת ברציפות בשנה האחרונה, אנא מלאי חלק זה לגבי השנתיים האחרונות וצרפי אישורים מתאימים**

6

1. שם מעסיק קודם \_\_\_\_\_ עבודה מתאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 שנה חודש יום שנה חודש יום

2. עבודה כעצמאית מתאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 שנה חודש יום שנה חודש יום

3. קיבלתי מהמוסד לביטוח לאומי גמלת:

- דמי לידה/דמי חופשה למאמץ  דמי אבטלה  גמלה לשמירת הריון  דמי פגיעה  דמי תאונה  
 קיבלתי תשלום מקרן חופשה  שהיתי בהכשרה מקצועית

4. שרתי בצה"ל מ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ מס' אישי \_\_\_\_\_  
 שנה חודש יום שנה חודש יום  סדיר  קבע

5. שהיתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מתאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 שנה חודש יום שנה חודש יום

7 פטור ממס ונקודות זיכוי

7

אם יש לך פטור מלא או חלקי ממס הכנסה – נא צרפי אישור מתאים ממס הכנסה

8 הצהרת התובעת

8

אני החתומה מטה תובעת גמלת דמי חופשה ומצהירה בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

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 על ידי 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 יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי תוך 30 יום.

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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

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

9 הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד

9

חובה להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד).  
חובה לצרף 12 תלושי שכר אחרונים

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) \_\_\_\_\_

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) \_\_\_\_\_

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) \_\_\_\_\_

פרטי העובדת שהחליפה אותי במהלך חופשת הלידה: שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

הריני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ חתימה \* \_\_\_\_\_

למילוי ע"י המעסיק – רק לאחר הפסקת עבודה

שם המעסיק		מספר תיק ב.לאומי		טלפון קווי		מספר פקס	
רחוב		מס' בית		כניסה		דירה	
הנני מאשר כי גברת/מר		שם משפחה		פרטי		עיסוק/תפקיד	
שם משפחה		ת. זהות		ס"ב		יישוב	
החלה לעבוד אצלי ביום		עבד/ה עד יום כולל יום זה		שכרה שולם		האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובדת?	
שנה חודש יום		שנה חודש יום		<input type="checkbox"/> בבנק <input type="checkbox"/> בהמחאה <input type="checkbox"/> במזומן <input type="checkbox"/> אחר		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג קרבה _____	

תנאי העבודה והשכר

- בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבדה:  ברציפות  שלא ברציפות, פרט: \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_  
 חופשה ללא תשלום מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_  
 אחר, פרט: \_\_\_\_\_ מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_
- מס' ימי עבודה בשבוע \_\_\_\_\_
- פרוט שכרה (בש"ח) ב-10 חודשים שקדמו להפסקת עבודתה (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 משרה	מס' עבודה בשכר	שעות עבודה	מס' ימים עבורם לא שולם שכר
								מס' ימים
1								סיבה
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

4. פרוט הפרשים והתשלומים הנוספים שנכללו בסעיף 3 ב- 4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה:

בחודש	שולם (₪)	עבור תקופה	
		מתאריך	עד תאריך
1			
2			
3			
4			

סיבה אחרת לשינויים בשכר \_\_\_\_\_

הצהרת מעסיק

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

תאריך \_\_\_\_\_ שם החותם ותפקידו \_\_\_\_\_ חתימת וחותמת העסק/המפעל \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_