



## 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.

### לידיעתך

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

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

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

אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 8 בעמוד 3.

את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות וביירוים יש לפנות לטלפון \*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 זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

תביעה לתשלום דמי לידה  
לאב המחליף את בת/בן הזוג

עמוד 1 מתוך 5

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div> </div> </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
---	------------------------------------

### חותמת קבלה

**1**
פרטי המבוטח

מספר זהות ס"ב <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	שם משפחה	שם פרטי
תאריך לידת הילד <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 30%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 30%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 30%;"></div> </div>	תאריך הפסקת העבודה <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 30%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 30%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 30%;"></div> </div>	

**2**
הצהרת המבוטח

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**

מצורף בזאת אישור על חזרתי לעבודה

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח ✕ \_\_\_\_\_

**3**
פרטי התובע

מספר זהות ס"ב <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	שם פרטי	שם משפחה
<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> עצמאי, משלם דמי ביטוח בסניף _____		
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>		
מיקוד	יישוב	דירה
		כניסה
		מס' בית
		רחוב / תא דואר
דואר אלקטרוני	טלפון נייד	טלפון קווי
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS		
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>		
מיקוד	יישוב	דירה
		כניסה
		מס' בית
		רחוב / תא דואר

**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

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 או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם 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 פרטיהם של מושכי התשלומים.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מקבל התשלום \_\_\_\_\_ 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 קרבה 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 _____	1.
עבודה כעצמאי מתאריך _____ עד _____	2.	

**פטור ממס ונקודת זיכוי**

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

**הצהרת התובע**

**7**

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא 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 \_\_\_\_\_

**הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד**

**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 \* \_\_\_\_\_

## אישור המעסיק על תקופת ההעסקה ועל השכר

### פרטי המעסיק

I

טלפון קווי	מספר תיק ניכויים	שם המעסיק	
טלפון פקס	מיקוד	יישוב	מס' בית

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

מספר זהות ס"ב	תקופת העסקה	שם פרטי	שם משפחה
	מ _____ עד _____		
הסיבה להפסקת העבודה _____			עיסוק/תפקיד

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' הימים בעבורם לא שולם שכר	
							מס' ימים	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 _____	בחודש _____ שולם _____ ₪	עבור התקופה מ _____ עד _____ מהות התשלום _____

סיבה אחרת לשינויים בשכר \_\_\_\_\_

### 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 ✕ \_\_\_\_\_