



תביעה לתשלום דמי לידה ליולדת

חובה לצרף לטופס זה

- אם מוגשת תביעה לפני הלידה – על רופא נשים למלא ולאשר את סעיף 4.4 - אין להגיש תביעה לפני שמלאו 31 שבועות של הריון ובתנאי שהפסקת לעבוד לפני הלידה.
- אם מוגשת תביעה בעקבות לידה שארעה בבית או בבית חולים בחו"ל – יש לצרף אישור רשמי על הלידה.
- אם חלו שינויים בשכר ב-3 החודשים שקדמו להפסקת העבודה, מסיבה רפואית או מסיבה שלא צוינה ע"י המעסיק – יש להמציא אישור מתאים.
- אם את בעלת שליטה או קרובת משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 11 בעמוד 4.
- אם אין ברשותך תעודת זהות ישראלית, יש לצרף אישור על ניהול חשבון בנק שלך או חשבון משותף, בו ברצונך לקבל את תשלום הגמלה.

לידיעתך

- תובעת דמי לידה - את התביעה ניתן להגיש לאחר הפסקת העבודה, בתנאי שנותרו פחות מ-9 שבועות למועד הלידה המשוער.**
- במקרים הבאים, התביעה נקלטת באופן אוטומטי ואין צורך בהגשת התביעה:
 - אם את עובדת שכירה אצל מעסיק שנמצא בהסדר אוטומטי עם המוסד לביטוח הלאומי.
 - אם את עובדת עצמאית המשלמת דמי ביטוח כעובדת עצמאית.
 - אם קיבלת גמלה לשמירת הריון עד הלידה.
 - אם קבלת דמי אבטלה עד חודש לפני הלידה.
 -
- לפי החוק את התביעה יש להגיש תוך שנה מיום הזכאות הראשון.**
- 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.
- מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
גמלאות משפחה

תביעה לתשלום דמי לידה

עמוד 1 מתוך 4

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> מס' זהות / דרכון </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> סוג המסמך </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> דפים </div> </div> </div>		<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>
---	--	----------------------------------

חותמת קבלה

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

2 פרטי חשבון הבנק של התובעת			
שמות בעלי החשבון		סוג חשבון:	
שם הבנק		<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> אחר	
שם הסניף / כתובתו		מס' סניף	
שם חשבון		מספר חשבון	

3 פרטי הלידה – יש לצרף אישור מקורי מביה"ח רק במקרה של לידה בחו"ל או בבית			
תאריך הלידה		שם ביה"ח	
שנה חודש יום		מס' הילדים בלידה הנוכחית	
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		האם בכוונתך להתחלף עם בן הזוג בחופשת הלידה?	
אם חזרת לעבודה, נא צייני תאריך:		שנה חודש יום	

4 אישור רפואי - למילוי ע"י רופא נשים לתובעת שטרם ילידה			
שם משפחה		שם פרטי	
שם משפחה		שם פרטי	
הנני מאשר שבדקתי את הגב' _____ ביום _____ / _____ / _____ שנה חודש יום		מס' שבועות של הריון _____ תאריך לידה משוער _____ שנה חודש יום	
שם רופא הנשים _____ חתימה וחותמת הרופא * _____			

פרטים על מקום העבודה האחרון

שם המעסיק/המפעל	עיסוקך/תפקידך במקום העבודה	תאריך הפסקת עבודה שנה _____ חודש _____ יום _____	
האם יש קרבה משפחתית בין לבין מעסיקך <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> . כן, סוג הקרבה: _____ - נא מלאי הצהרה בסעיף 11 בטופס.			
אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה צייני את שמות המעסיקים והאם ישנה קרבה משפחתית בינכם:			
שם המעסיק	קרבה משפחתית לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____	שם המעסיק	קרבה משפחתית לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____
האם הנך בעלת מניות ו/או בעלת שליטה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן – עליך למלא את ההצהרה בסעיף 11 בטופס			

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

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. שרתתי בצה"ל מ _____/_____/_____
 עד _____/_____/_____
 שנה חודש יום שנה חודש יום
 קבע סדיר

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

פטור ממס ונקודת זיכוי

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

הצהרת התובעת

אני החתומה מטה תובעת גמלת דמי לידה ומצהירה בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
 ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה 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 בתוך 30 יום.
 אני מסכימה שהבנק 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 התובעת ✕ _____

8

למילוי ע"י המעסיק – רק לאחר הפסקת עבודה

שם המעסיק		מספר תיק בב. לאומי		טלפון קווי		מספר פקס	
רחוב		מס' בית		כניסה		דירה	
הנני מאשר כי גברת		פרטי		עיסוק/תפקיד		ת. זהות	
שם משפחה		ס"ב		ישוב		מיקוד	
החלה לעבוד אצלי ביום		עבודה 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 _____	

9

תנאי העבודה והשכר

1. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבדה: ברציפות שלא ברציפות, פרט: _____ עד _____
 חופשה ללא תשלום מתאריך _____ עד _____
 אחר, פרט: _____ מ _____ עד _____

2. מס' ימי עבודה בשבוע _____

3. 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
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		מהות התשלום
		עד תאריך	מתאריך	
1				
2				
3				
4				

סיבה אחרת לשינויים בשכר _____

10

הצהרת מעסיק

אני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתה ובשכרה של העובדת כנדרש בחלק זה.

_____ x _____

תאריך שם החותם ותפקידו חתימת וחותמת העסק/המפעל

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 ✕ _____