



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 ההוצאות 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.
- **ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר.** לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, יישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.
- טופס זה מיועד גם לתביעת קצבת לידה בלידה של יותר משני ילדים שלא בלידה אחת, ובלבד שההפרש בין לידה ללידה אינו עולה על 98 יום.
- מומלץ לבדוק זכאותך לתשלום דמי לידה וקצבת ילדים.

כיצד יש להגיש את התביעה

- את טופס התביעה ניתן: לשלוח יחד עם מסמכים נלווים באופן מקוון באמצעות אתר האינטרנט של המוסד. לשלוח בדואר, למסור לפקיד קבלת קהל בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך, להכניס לתיבת השירות המוצבת מחוץ לסניף, לשלוח את התביעה עם מסמכים נלווים באמצעות פקס, אין 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.
- לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
גמלאות אמהות

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

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	סוג המסמך
0 1	דפים

חותמת קבלה

פרטי התובעת

1

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

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט <input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת הודעות SMS			

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

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

עיסוק היולדת (נא לסמן ✓ במשבצת המתאימה):

☐ אינה עובדת - עקרת בית
☐ עובדת שכירה החל מתאריך: _____ שם המעביד האחרון: _____
 כתובת: _____ (נא לצרף אישור מהמעביד)
☐ עובדת עצמאית משלח היד: _____ כתובת העסק: _____
 משלמת דמי ביטוח בסניף _____

פרטי בן הזוג

2

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: _____
 כתובת: _____ (נא לצרף אישור מהמעביד)
☐ עובד עצמאי משלח היד: _____ כתובת העסק: _____
 משלם דמי ביטוח בסניף _____

פרטי הלידה

3

ילדתי ביום

יום	חודש	שנה
_____	_____	_____

בארץ

בבית חולים

מספר הזהות

שם הנולד

ס"ב	_____
-----	-------

1

ס"ב	_____
-----	-------

2

ס"ב	_____
-----	-------

3

ס"ב	_____
-----	-------

4

☐ מצורף אישור על הלידה

☐ 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

☐ פרטי ☐ קיבוצי

מספר חשבון

מס' סניף

שם הסניף / כתובתו

שם הבנק

אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימם 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.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל.

לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך _____ שם השותף/ים _____ מס' ת"ז _____ חתימה **x** _____

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 ביוזעין 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.

חתימת התובעת **x**

תאריך _____



כתב ויתור סודיות רפואית

**שם הגמלה: מענק לידה ואשפוז
וקצבת לידה בלידות סמוכות**

חותמת קבלה

1

<p>קוד גמלה</p> <p>70</p>	<p>מספר ת.ז./דרכון</p> <p>_____</p>	<p>תאריך תביעה</p> <p>שנה _____ חודש _____ יום _____</p>	<p>תאריך לידה</p> <p>שנה _____ חודש _____ יום _____</p>
<p>שם משפחה</p> <p>_____</p>		<p>שם פרטי</p> <p>_____</p>	
<p>חברה בקופת חולים</p> <p> <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____ </p>			

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותרת על הסודיות הרפואית שלי ומבקשת בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שנ ניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך _____ חתימת המבוטחת ✕ _____