



## 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 נטריון 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 8 בעמוד 3.
- 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.

### 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.
- באפשרותך למלא את טופס התביעה ולשלוח את המסמכים און ליין (באופן מקוון) באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)
- 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](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

## חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
<div> <div>סוג המסמך</div> <div>דפים</div> </div>									
0	1								

## תביעה לתשלום דמי חופשה

1

### פרטי התובעת

שם משפחה (נוכחי)	שם משפחה (לפני הנישואין)	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
<input type="checkbox"/> שכירה <input type="checkbox"/> עצמאית משלמת ד.ב. בסניף		עבדתי עד יום כולל יום זה	שנת לידה
		שנה חודש יום	

### פרטי בן הזוג

שם משפחה	שם פרטי	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 דואר אלקטרוני: @			
		<input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת הודעות SMS			

### מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

2

### פרטי חשבון הבנק של התובעת

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

3

### לאומנה – אישור מאת עובד סוציאלי המלווה את משפחת האומנה

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 X \_\_\_\_\_

#### 4 למאמצת

4

אישור מאת עובד סוציאלי:

למאמצת 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 \_\_\_\_\_  
 שנולד ב- \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_  
 חתימה וחותמת עובד סוציאלי ✕ \_\_\_\_\_

#### 5 פרטים על מקום העבודה האחרון

5

שם המעסיק/המפעל	עיסוק/תפקידך במקום העבודה	תאריך הפסקת עבודה שנה _____ חודש _____ יום _____
<p>האם יש קרבה משפחתית בינך לבין מעסיקך <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה: _____                  אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה צייני שמות מעסיקים: _____</p>		

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

6

- שם מעסיק קודם \_\_\_\_\_ עבודה מתאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_
- עבודה כעצמאית מתאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_
- 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
- שרתי בצה"ל מ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ מס' אישי \_\_\_\_\_ ☐ סדיר ☐ קבע  
 שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_
- שהיתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מתאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

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

## 7

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

## 8

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

## 9

ב'ל/356 (02.2016)

10

### תנאי העבודה והשכר

- בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבדה: ☐ ברציפות ☐ שלא ברציפות, פרט: \_\_\_\_\_  
☐ שנת שבתון/השתלמות מתאריך \_\_\_\_\_ 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' ימי עבודה בשכר	שעות עבודה	מס' ימים עבורים לא שולם שכר	סיבה
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

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

בחוד	שולם (₪)	עבור תקופה		מהות התשלום
		עד תאריך	מתאריך	
1				
2				
3				
4				

סיבה אחרת לשינויים בשכר \_\_\_\_\_

11

### 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