



תביעה לתשלום דמי לידה/דמי חופשה למאמצת לחברת קיבוץ

חובה לצרף לטופס זה

- באם מוגשת תביעה לפני הלידה – על רופא נשים למלא ולאשר את סעיף 4.
- באם מוגשת תביעה בעקבות לידה שארעה בבית או בבית חולים בחו"ל – יש לצרף אישור רשמי על הלידה.
- באם מוגשת תביעה לרגל אימוץ בחו"ל – יש לצרף מסמכי אימוץ מתורגמים באישור נטריון.
- באם מוגשת תביעה לרגל אימוץ בארץ – פקיד סעד ימלא ויאשר סעיף 5.
- באם חלו שינויים בשכר ב-3 החודשים שקדמו להפסקת העבודה, מסיבה רפואית או מסיבה שלא צוינה ע"י המעסיק – יש להמציא אישור מתאים.

לידיעתך

- **תובעת דמי לידה** - את התביעה ניתן להגיש לאחר הפסקת העבודה, בתנאי שנותרו פחות מ-9 שבועות למועד הלידה המשוער.
- **תביעה לרגל אימוץ – א. בארץ** – ניתן להגיש מיום קבלת הילד לאמנה למטרת אימוץ ב. בחו"ל – ניתן להגיש מיום קבלת הילד.
- **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 10 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

- 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.
- **באפשרותך למלא את טופס התביעה ולשלוח את המסמכים און ליין (באופן מקוון) באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il**
- כמו כן, 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.

- לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לתשלום דמי לידה /
דמי חופשה למאמצת –
לחברת קיבוץ

עמוד 1 מתוך 4

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

חותמת קבלה

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

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

3 פרטי הלידה – יש לצרף אישור מקורי מביה"ח		שם ביה"ח		מס' הילדים		אם חזרת לעבודה, נא צייני תאריך:		האם בכוונתך להתחלק עם בן הזוג בחופשת הלידה?	
תאריך הלידה				בלידה הנוכחית				כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	

4 אישור רפואי - למילוי ע"י רופא נשים לתובעת שטרם ילדה		שם משפחה		שם פרטי		ביום _____ / _____ / _____	
מס' שבועות של הריון		תאריך לידה משוער		שנה		חודש	
שם רופא הנשים		חתימה וחותמת הרופא		X			

5 למאמצת

5

אישור פקיד הסעד:

הנני מאשר שהגב' _____ מס' זהות _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____
 קיבלה לביתה בכוונה לאמצו ביום _____/_____/_____
 שנה _____ חודש _____ יום _____ שם פרטי _____
 שנולד ב- _____/_____/_____
 שנה _____ חודש _____ יום _____

חתימה וחותמת פקיד הסעד ✕

6 פרטים על מקום העבודה האחרון

6

שם המעסיק/המפעל	עיסוק/תפקידך במקום העבודה	תאריך הפסקת עבודה						
		<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום			
שנה	חודש	יום						
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: _____ _____ _____								

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

7

- שם מעסיק קודם _____ עבודה מתאריך: _____/_____/_____
 עד: _____/_____/_____
 שנה _____ חודש _____ יום _____ שנה _____ חודש _____ יום _____
- עבודה כעצמאית מתאריך: _____/_____/_____
 עד: _____/_____/_____
 שנה _____ חודש _____ יום _____ 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 _____
 שנה _____ חודש _____ יום _____ שנה _____ חודש _____ יום _____
- שהיתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מתאריך: _____/_____/_____
 עד: _____/_____/_____
 שנה _____ חודש _____ יום _____ שנה _____ חודש _____ יום _____

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

8

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 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 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 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 מסכימה 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 _____ חתימת התובעת x _____

9

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. _____

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה x _____

10

אישור מזכירות קיבוץ או מושב שיתופי

1. אני מאשר שהגב' _____ מס' זהות _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____

היא חברת קיבוץ/מושב שיתופי _____
שם הקיבוץ/מושב שיתופי _____

2. הנ"ל מבטחת החל מ _____ / _____ / _____ סוג הביטוח _____
שנה חודש יום

3. תאריך הפסקת עבודה _____ / _____ / _____
שנה חודש יום

4. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבדה ברציפות ☐ כן ☐ לא, פרטי _____

_____ x _____
תאריך _____ שם החותם ותפקידו _____ חתימה וחותמת _____

11

למילוי ע"י המעסיק – רק לאחר הפסקת עבודה

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

12

תנאי העבודה והשכר

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

4. פרוט ההפרשים 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 _____

13

הצהרת מעסיק

הנני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתה ובשכורה של העובדת כנדרש בחלק זה.

תאריך _____ שם החותם ותפקידו _____ חתימת וחותמת העסק/המפעל _____