



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.

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

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

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.

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.

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לתשלום דמי לידה
לאב המחליף את בת/בן הזוג

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
<div>סוג המסמך</div> <div>01</div>									
דפים									

עמוד 1 מתוך 5

1

פרטי המבוטח

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב
תאריך לידת הילד		תאריך הפסקת העבודה
שנה חודש יום		שנה חודש יום

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

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> עצמאי, משלם דמי ביטוח בסניף _____		
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 מאשר קבלת הודעות SMS		
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	ישוב	מיקוד

4

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל/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.</p>			
תאריך	חתימת מקבל התשלום	חתימת/חתימות השותפים לחשבון	

5

פרטים על מקום העבודה האחרון (למי שעבד ברציפות בשנה האחרונה)

עבדתי עד ליום (כולל יום זה)	הסיבה להפסקת העבודה	עיסוקך/תפקידך במקום העבודה
שם המעסיק/ המפעל	האם יש קרבה משפחתית בינך לבין מעסיקך/האם הינך בעל שליטה בחברה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____	
<p>אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה, ציין שמות המעסיקים</p> <p>א. _____</p> <p>ב. _____</p>		

6

פרטים על מקום העבודה האחרון (למי שלא עבד ברציפות בשנה האחרונה)

1. שם מעסיק קודם	עבודה מתאריך _____ עד _____
2. עבודה כעצמאי מתאריך _____ עד _____	

פטור ממס ונקודת זיכוי

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

7

הצהרת התובע

<p>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.</p>	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**I****פרטי המעסיק**

שם המעסיק	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מיקוד	טלפון פקס

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

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

שכרו שולם

האם יש קרבה משפחתית בין לבין העובד?

☐ בבנק ☐ בהמחאה ☐ במזומן ☐ אחר _____ ☐ 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	המשרה אחוז	מס' ימי עבודה בשכר	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:

בחדש _____ שולם _____ ₪	עבור התקופה מ _____ עד _____	מהות התשלום _____
בחדש _____ שולם _____ ₪	עבור התקופה מ _____ עד _____	מהות התשלום _____
בחדש _____ 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

III

הנני מאשר שמר _____ הינו חבר קיבוץ/מושב שיתופי _____
שם משפחה פרטי ת.ז.

תאריך הפסקת עבודה

הנ"ל מבוטח החל מתאריך _____ בסוג _____

תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו ✕ _____ חתימה וחותמת ✕ _____