



תביעה לתשלום תגמול מיוחד לבן זוג ליולדת נכה

חובה לצרף לטופס זה

- אישור מרופא מטפל המאשר שנבצר מבת זוגך לטפל בילד בשל נכותה.
- אם חלו שינויים בשכרך ב-3 החודשים שקדמו להפסקת העבודה – יש לצרף אישור מתאים.
- אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או בעל מניות בחברה, יש למלא את ההצהרה בסעיף 7.

לידיעתך

- תביעה זו מיועדת לבן זוג של יולדת נכה, שנקבעה לה דרגת נכות בשיעור 100% אי כושר השתכרות.
- קיימים תנאים מצטברים הנדרשים על מנת לקבל זכאות. יש לברר פרטים אלו לפני היציאה לחופשה.
- **לידיעתך - על פי חוק, יש להגיש את התביעה תוך שנה מיום הזכאות הראשון - 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

- **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.
- את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ובירורים 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

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

**תביעה לתשלום תגמול מיוחד
לבן זוג ליולדת נכה**

עמוד 1 מתוך 5

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)		מס' זהות / דרכון <input type="text"/>
סוג המסמך	דפים	<input type="text"/>

חותמת קבלה

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	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
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
טלפון קווי		טלפון נייד	

2

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

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

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים 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.

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.

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 הנחוצ 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 מקבל התשלום	חתימת/חתימות השותפים לחשבון
-------	-------------------	-----------------------------

3

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 אתה בעל שליטה בחברה לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____ (יש למלא סעיף 7 בטופס)	
אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה, ציין שמות המעסיקים ואם יש 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 _____	

4

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

1. שם מעסיק קודם	עבודה מתאריך _____ עד _____
2. עבודה כעצמאי מתאריך _____ עד _____	
אם יש לך פטור מלא או חלקי ממס הכנסה – נא צרף אישור מתאים ממס הכנסה	

5

הצהרת התובע

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 בידועין 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.

תאריך _____ חתימת התובע _____

6

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה 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 מזכירות הקיבוץ או המושב השיתופי

אני מאשר כי: שם _____ משפחה _____	שם פרטי _____	מספר זהות ס"ב _____	חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> מושב שיתופי <input type="checkbox"/> _____
הנ"ל מבוטח החל מתאריך _____ בסוג _____			
תאריך הפסקת עבודה _____		הסיבה להפסקת העבודה _____ (חובה למלא)	
חתימת החותם ותפקידו _____		חתימה וחומת הקיבוץ/מושב שיתופי * _____	

אישור המעסיק על תקופת ההעסקה ועל השכר**I פרטי המעסיק****I**

שם המעסיק	מספר תיק ניכויים		טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד
שם פרטי		תקופת העסקה	מספר זהות
שם משפחה		מ _____ עד _____	טלפון פקס

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

עיסוק/תפקיד

הסיבה להפסקת העבודה

(חובה למלא)

שכרו שולם

האם יש קרבה משפחתית בינך 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:

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

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

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

סיבה אחרת לשינויים בשכר _____

II 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 ✕