



## תביעה לתשלום \*קצבה מיוחדת ליולדת נכה שאין איתה בן זוג

### חובה לצרף לטופס זה

אישור מרופא מטפל המאשר שנבצר ממך לטפל בילד בשל נכותך.

### לידיעתך

תביעה זו מיועדת ליולדת נכה שאין עמה בן זוג, ונקבעה לה דרגת נכות בשיעור 100% אי כושר השתכרות.

על פי חוק, יש להגיש את התביעה תוך שנה 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.

### כיצד יש להגיש את התביעה

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

\* קצבה מיוחדת – תשלום קצבה חודשית בשיעור של 30% מהשכר הממוצע במשך 3 חודשים.

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

תביעה לתשלום קצבה מיוחדת  
ליולדת נכה שאינו איתה בו זוג

## חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

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

## פרטי התובעת

1

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	ארץ מוצא	מספר זהות ס"ב
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
<b>מקום למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
<b>מקום למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>				
טלפון קווי	טלפון נייד	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: _____ @ _____		
<input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת הודעות SMS				

## פרטי הילדים שנולדו בלידה האחרונה

2

שם בית החולים	תאריך הלידה
<b>פרטי הילדים</b>	
שם הילד :	שם הילד :
ת.ז.	ת.ז.

## פרטי חשבון הבנק של התובעת

3

<b>כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:</b>			
שמות בעלי החשבון	סוג חשבון	<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוץ	
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מספר חשבון	מס' סניף
<p>אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימתם על טופס עדכון חשבון. אני מסכימה שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.</p> <p>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 מושגי התשלומים.</p> <p>אני מסכימה כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת מחושבת, 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> <p>תאריך _____ שם השותפים ות.ז. _____ חתימה* _____</p>			

## הצהרת התובעת

4

<p>אני החתומה מטה מצהירה בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים וכי אין עמי בן זוג. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביועין 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 מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.</p> <p>תאריך _____ חתימת התובעת *</p>
---