



## תביעה להארכה או פיצול דמי לידה/דמי חופשה למאמצת

### חובה לצרף לטופס זה

- בתביעה להארכה או פיצול עקב אשפוז ילד או יולדת - אישור מבית החולים על תקופות האשפוז.
- בתביעה לפיצול - אישור מהמעסיק על חזרה לעבודה עקב הפיצול וחזרה לחופשת לידה אחריה.

### לידיעתך

- **לידיעתך : טופס זה יש להגיש רק לאחר הגשת תביעה לדמי לידה.**
- לפי החוק, יש להגיש את התביעה תוך שנה מיום הזכאות הראשון לגמלה.
- **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 ניתן:  
לשלוח יחד עם מסמכים נלווים באופן מקוון באמצעות אתר האינטרנט של המוסד.  
לשלוח בדואר, למסור לפקיד קבלת קהל בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך, להכניס לתיבת השירות המוצבת מחוץ לסניף, לשלוח את התביעה עם מסמכים נלווים באמצעות פקס, אין 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](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על טופס התביעה

**המוסד לביטוח לאומי**  
**מינהל הגמלאות**

**תביעה להארכה או פיצול דמי לידה/דמי חופשה למאמצת**

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך		דפים							
0   1		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>							

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

## חותמת קבלה

## חותמת קבלה

## 1

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

## 2

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

אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימים על טופס עדכון החשבון.

אני מסכימה שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה.

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 פרטי 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 ✕

## 3

4

**תביעה להארכת דמי לידה / דמי חופשה למאמצת עקב אישפוז הילד / התובעת - יש לצרף אישור מבית חולים**

אשפוז הילד / התובעת

- ☐ הילד / התובעת שוחרר מבית"ח לאחר הלידה / האימוץ בתאריך \_\_\_\_\_
- ☐ הילד / התובעת נשאר בבית"ח לאחר הלידה / האימוץ עד \_\_\_\_\_
- ☐ הילד / התובעת אושפז מחדש ביום \_\_\_\_\_ שוחרר ביום \_\_\_\_\_

5

**תביעה לפיצול דמי לידה / דמי חופשה למאמצת עקב אשפוז הילד / התובעת**

יש לצרף אישורים מבית"ח ומהמעסיק (ראה דברי הסבר בדף המקדים)

אשפוז הילד / התובעת

- ☐ הילד / התובעת נשאר בבית"ח לאחר הלידה / האימוץ עד \_\_\_\_\_
- ☐ הילד / התובעת אושפז מחדש ביום \_\_\_\_\_ ועדין שוהה בבית החולים
- ☐ הילד / התובעת אושפז מחדש ביום \_\_\_\_\_ ושוחרר ביום \_\_\_\_\_

6

**הצהרת התובעת**

1. ☐ טרם חזרתי לעבודה
  2. ☐ חזרתי לעבודה ביום \_\_\_\_\_ ☐ חזרתי לחופשת לידה / אימוץ ביום \_\_\_\_\_
  3. אני תובעת ☐ הארכת דמי לידה / דמי חופשה למאמצת עקב אשפוז הילד / התובעת. ☐ פיצול דמי לידה / דמי חופשה למאמצת עקב אשפוז הילד / התובעת.
  4. אני החתומה מטה מצהירה בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובעת ✕ \_\_\_\_\_