



תביעה לתשלום דמי לידה לאב המחליף את בת/בן הזוג או לאב השווה במקביל עם בן/בת הזוג

מי זכאי לתשלום

קיימים תנאים מצטברים הנדרשים על מנת לקבל זכאות, ויש לברר תנאים אלו לפני היציאה לתקופת לידה והורות.

חובה לצרף לטופס זה

למי שמחליף את בת הזוג, יש לצרף 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

אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 8 בעמוד 3.

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.

לשאלות ולבירורים 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

עמוד 1 מתוך 5



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

**תביעה לתשלום דמי לידה
לאב המחליף את בת/בן הזוג
או לאב השוהה במקביל עם
בן/בת הזוג**

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

חותמת קבלה

תביעה זו מוגשת עבור: אב המחליף את בת/בן הזוג אב השוהה במקביל עם בן/בת הזוג

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 - לשוהים במקביל יש למלא רק את חלק א'

א. אני החתום מטה מסכים לוותר על דמי הלידה המגיעים לי בתקופה החל מ- _____ עד _____ לבן זוגי _____ ת.ז. _____.

ב. 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 פרטי	שם משפחה
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
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
טלפון קווי	טלפון נייד

4

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

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.

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/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.

_____ x _____ x _____
 תאריך חתימת מקבל התשלום חתימת/חתימות השותפים לחשבון

5

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

עבודתי עד ליום _____ (כולל יום זה)	הסיבה להפסקת העבודה	עיסוקך/תפקידך במקום העבודה
---------------------------------------	---------------------	----------------------------

שם המעסיק/ המפעל	האם יש קירבה משפחתית בינך לבין מעסיקך/האם הינך בעל שליטה בחברה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____
------------------	--

אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה, ציין שמות המעסיקים
 א. _____
 ב. _____

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

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.

_____ x _____
 תאריך חתימת התובע

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) _____

היכן בצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) _____

פרטי העובדת שהחליפה אותי במהלך תקופת לידה והורות: 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	מס' בית	מיקוד
טלפון פקס	יישוב	מיקוד

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 _____	מס' ב"ב

עיסוק/תפקיד _____

הסיבה להפסקת העבודה _____

שכרו שולם בבנק בהמחאה במזומן אחר _____

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובד? לא כן, סוג הקרבה _____

פירוט 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	אחוז המשרה	מס' ימי עבודה בשכר	מס' הימים בעבורם לא שולם שכר	
							מס' ימים	סיבה
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

פירוט הפרשים והתשלומים הנוספים שנכללו בטבלה לעיל, ב - 6 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 _____

הצהרת המעסיק

II

אני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתו של העובד כנדרש בחלק זה.

תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו _____ חתימת החותמת המעסיק/המפעל _____



אישור מזכירות הקיבוץ או המושב השיתופי

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 וחתימת ✕ _____