



## תביעה לתשלום דמי לידה/דמי חופשה למאמץ

### חובה לצרף לטופס זה

- ☞ באם מוגשת תביעה לפני הלידה – על רופא נשים למלא ולאשר את סעיף 4.
- ☞ באם מוגשת תביעה בעקבות לידה שארעה בבית או בבית חולים בחו"ל – יש לצרף אישור רשמי על הלידה.
- ☞ באם מוגשת תביעה לרגל אימוץ בחו"ל – יש לצרף מסמכי אימוץ מתורגמים באישור נטריון.
- ☞ באם מוגשת תביעה לרגל אימוץ בארץ – פקיד סעד ימלא ויאשר סעיף 5.
- ☞ באם חלו שינויים בשכר ב-3 החודשים שקדמו להפסקת העבודה, מסיבה רפואית או מסיבה שלא צוינה ע"י המעסיק – יש להמציא אישור מתאים.

### כיצד יש להגיש את התביעה

☞ לידיעתך :

**תובעת דמי לידה** - את התביעה ניתן להגיש לאחר הפסקת העבודה, בתנאי שנותרו פחות מ-9 שבועות למועד הלידה המשוער.

**תביעה לרגל אימוץ: א. בארץ** - ניתן להגיש מיום קבלת הילד לאומנה למטרת אימוץ.  
**ב. בחו"ל** - ניתן להגיש מיום קבלת הילד.

☞ **לפי החוק את התביעה יש להגיש תוך שנה מיום הזכאות הראשון.**

☞ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון שמספרו \*6050 או 04-8812345.

☞ 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 לתשלום דמי לידה /  
דמי חופשה למאמצת

עמוד 1 מתוך 4

<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p>חותמת קבלה</p>	<p>מספר זהות / דרכון</p> <p>ס"ב</p> <p>סוג המסמך</p> <p>דפים</p>
----------------------------------	-------------------	--

<b>1 פרטי התובעת</b>					
שם משפחה (נוכחי)		שם משפחה (לפני הנישואין)		שם פרטי	
<input type="checkbox"/> שכירה <input type="checkbox"/> עזמאית משלמת ד.ב. בסניף _____		<input type="checkbox"/> חברת קיבוץ		מספר זהות ס"ב שנת לידה	
<input type="checkbox"/> עבדתי עד יום כולל יום זה שנה חודש יום		<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי 0 _____	טלפון נייד 0 _____	דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת הודעות SM			
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

<b>2 פרטי חשבון הבנק של התובעת</b>			
שמות בעלי החשבון		סוג חשבון:	
		<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוץ	
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

<b>3 פרטי הלידה - יש לצרף אישור מקורי מביה"ח</b>				
תאריך הלידה	שם ביה"ח	מס' הילדים בלידה הנוכחית	אם חזרת לעבודה, נא צייני תאריך: שנה חודש יום	האם בכוונתך להתחלף עם בן הזוג בחופשת הלידה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

<b>4 אישור רפואי - למילוי ע"י רופא נשים לתובעת שטרם ילדה</b>			
שם משפחה		שם פרטי	
שם רופא הנשים		חתימה וחותמת הרופא *	
הנני מאשר שבדקתי את הגב' _____ ביום _____ / _____ / _____ שנה חודש יום מס' שבועות של הריון _____ תאריך לידה משוער _____ שנה חודש יום			

**5 למאמץ**

5

אישור פקיד הסעד:

הנני מאשר שהגב' \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_  
 קיבלה לביתה בכוונה לאמצו ביום \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ את הילד \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_  
 שנולד ב- \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

חתימה וחותמת פקיד הסעד ✕ \_\_\_\_\_

**6 פרטים על מקום העבודה האחרון**

6

שם המעסיק/המפעל

עיסוקך/תפקידך במקום העבודה

תאריך הפסקת עבודה

\_\_\_\_\_  
 שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין מעסיקך  לא  כן, סוג הקרבה: \_\_\_\_\_  
 אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה צייני שמות מעסיקים: \_\_\_\_\_

**7 אם לא עבדת ברציפות בשנה האחרונה, אנא מלאי חלק זה לגבי השנתיים האחרונות וצרפי אישורים מתאימים**

7

1. שם מעסיק קודם \_\_\_\_\_ עבודה מתאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_
2. עבודה כעצמאית מתאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_
3. קיבלתי מהמוסד לביטוח לאומי גמלת:  דמי לידה/דמי חופשה למאמץ  דמי אבטלה  גמלה לשמירת הריון  דמי פגיעה  דמי תאונה  קיבלתי תשלום מקרן חופשה  שהייתי בהכשרה מקצועית
4. שרתי בצה"ל מ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ מס' אישי \_\_\_\_\_  סדיר  קבע
5. שהייתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מתאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

**8 הצהרת התובעת**

8

אני החתומה מטה תובעת גמלת דמי לידה ומצהירה 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 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי תוך 30 יום.  
 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.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובעת/מקבלת המלגה/מגישת התביעה ✕ \_\_\_\_\_

9 אישור מזכירות קיבוץ או מושב שיתופי

9

1. הנני מאשר שהגב' \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_

הינה חברת קיבוץ/מושב שיתופי \_\_\_\_\_ שם הקיבוץ/מושב שיתופי \_\_\_\_\_

2. הנ"ל מבטחת החל מ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ סוג הביטוח \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

3. תאריך הפסקת עבודה \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

4. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבדה ברציפות  כן  לא, פרטי \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם החותם ותפקידו \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_

10 למילוי ע"י המעסיק – רק לאחר הפסקת עבודה

10

מספר פקס		טלפון קווי		מספר תיק ב.ב. לאומי		שם המעסיק	
0		0					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב		
הנני מאשר כי גברת							
שם משפחה		פרטי		ת. זהות ס"ב			
				0			
החלה לעבוד אצלי ביום		עבדה עד יום כולל יום זה		שכרה שולם		האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובדת?	
שנה _____ חודש _____ יום _____		שנה _____ חודש _____ יום _____		<input type="checkbox"/> בבנק <input type="checkbox"/> בהמחאה <input type="checkbox"/> במזומן <input type="checkbox"/> אחר		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג קרבה _____	

**11 תנאי העבודה והשכר**

11

1. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבדה:  ברציפות  שלא ברציפות, פרט:

שנת שבתון/השתלמות מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_

חופשה ללא תשלום מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_

אחר, פרט: \_\_\_\_\_ מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_

2. מס' ימי עבודה בשבוע \_\_\_\_\_

3. פרוט שכרה (בש"ח) ב-10 חודשים שקדמו להפסקת עבודתה (אף אם אינם רצופים).

יש לרשום הסכומים כולל הפרשים ותשלומים בנוסף לשכר הרגיל (כגון הבראה, ביגוד, מענק חד-פעמי וכו').

מס' ימים עבורם לא שולם שכר	מס' ימים	מס' ימי עבודה	שעות עבודה	מס' ימי עבודה בשכר	אחוז משרה	בסיס השכר (חודשי, יומי, שכר לשעה)	דמי ביטוח שנוכו מהשכר	השכר החייב בדמי ביטוח	השכר החייב במס	שנה/ חודש	
סיבה											1
											2
											3
											4
											5
											6
											7
											8
											9
											10

4. פרוט הפרשים והתשלומים הנוספים שנכללו בסעיף 3 ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה:

מהות התשלום	עבור תקופה		שולם (₪)	בחודש	
	עד תאריך	מתאריך			
					1
					2
					3
					4

סיבה אחרת לשינויים בשכר \_\_\_\_\_

**12 הצהרת מעסיק**

12

הנני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתה ובשכרוה של העובדת כנדרש בחלק זה.

\_\_\_\_\_ תאריך      שם החותם ותפקידו      חתימת וחותמת העסק/המפעל x