המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

בל/ 355

תביעה לתשלום דמי לידה ליולדת

חובה לצרף לטופס זה

- אם מוגשת תביעה לפני הלידה – על רופא נשים למלא ולאשר את סעיף 4.- אין להגיש תביעה לפני שמלאו 31 שבועות של הריון ובתנאי שהפסקת לעבוד לפני הלידה.
- אם מוגשת תביעה בעקבות לידה שארעה בבית או בבית חולים בחו"ל – יש לצרף אישור רשמי על הלידה.
- אם חלו שינויים בשכר ב– 3 החודשים שקדמו להפסקת העבודה, מסיבה רפואית או מסיבה שלא צוינה ע"י המעסיק – יש להמציא אישור מתאים.
- אם את בעלת שליטה או קרובת משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 11 בעמוד 4.
- אם אין ברשותך תעודת זהות ישראלית, יש לצרף אישור על ניהול חשבון בנק שלך או חשבון משותף, בו ברצונך לקבל את תשלום הגמלה.

לידיעתך

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

- במקרים הבאים, התביעה נקלטת באופן אוטומטי **ואין צורך** בהגשת התביעה:
  - אם את עובדת שכירה אצל מעסיק שנמצא בהסדר אוטומטי עם המוסד לביטוח הלאומי.
  - אם את עובדת עצמאית המשלמת דמי ביטוח כעובדת עצמאית.
  - אם קיבלת גמלה לשמירת הריון עד הלידה.
  - אם קבלת דמי אבטלה עד חודש לפני הלידה.

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

נא למלא מספר זהות _____

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
גמלאות משפחה

תביעה לתשלום דמי לידה

חותמת קבלה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך: דפים | 1 | 0

1 פרטי התובעת

שם משפחה (נוכחי)	שם משפחה (לפני הנישואין)	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

❑ שכירה

❑ עצמאית משלמת ד.ב. בסניף _____

עבדתי עד יום כולל יום זה: שנה חודש יום

שנת לידה

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי

טלפון נייד

❑ אני מאשרת קבלת הודעות SMS

❑ אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט

דואר אלקטרוני: _____@_____

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2 פרטי חשבון הבנק של התובעת

שמות בעלי החשבון

סוג חשבון: ❑ פרטי ❑ אחר ____

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

3 פרטי הלידה – יש לצרף אישור מקורי מביה"ח רק במקרה של לידה בחו"ל או בבית

תאריך הלידה	שם ביה"ח	מס' הילדים בלידה הנוכחית	אם חזרת לעבודה, נא ציין תאריך:	האם בכוונתך להתחלף עם בן הזוג בתקופת הלידה וההורות?
יום חודש ש ה			יום חודש שנה	❑ כן ❑ לא

4 אישור רפואי - למילוי ע"י רופא נשים לתובעת שטרם ילדה

הנני מאשר שבדקתי את הגב' _____ ביום _____/_____/_____
שם משפחה שם פרטי שנה חודש יום

מס' שבועות של הריון _____ תאריך לידה משוער _____/_____/_____
שנה חודש יום

שם רופא הנשים _____ חתימה וחותמת הרופא ✘ _____

5 פרטים על מקום העבודה האחרון

תאריך הפסקת עבודה	עיסוקך/תפקידך במקום העבודה	שם המעסיק/המפעל
שנה חודש יום		

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין מעסיקך ❑ לא

❑ כן, סוג הקרבה: _____ - נא מלאי הצהרה בסעיף 11 בטופס.

אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה ציייני את שמות המעסיקים והאם ישנה **קרבה משפחתית** בינכם:

שם המעסיק	קרבה משפחתית	שם המעסיק	קרבה משפחתית
	❑ לא ❑ כן, סוג הקרבה _____		❑ לא ❑ כן, סוג הקרבה _____

האם הנך בעלת מניות ו/או בעלת שליטה? ❑ לא ❑ כן – עליך למלא את ההצהרה בסעיף 11 בטופס

6 אם לא עבדת <u>ברציפות</u> בשנה האחרונה, אנא מלאי חלק זה לגבי השנתיים האחרונות וצרפי אישורים מתאימים

1. שם מעסיק קודם _____ עבודה מתאריך: ____/____/____ (שנה חודש יום) עד: ____/____/____ (שנה חודש יום)

2. עבודה כעצמאית מתאריך: ____/____/____ (שנה חודש יום) עד: ____/____/____ (שנה חודש יום)

3. קיבלתי מהמוסד לביטוח לאומי גמלת:

❑ דמי לידה/גמלת הורים למאמץ ❑ דמי אבטלה ❑ גמלה לשמירת הריון ❑ דמי פגיעה ❑ דמי תאונה

❑ קיבלתי תשלום מקרן חופשה ❑ שהיתי בהכשרה מקצועית

4. שרתתי בצה"ל מ ____/____/____ (שנה חודש יום) עד ____/____/____ (שנה חודש יום) מס' אישי _____ ❑ סדיר ❑ קבע

5. שהיתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מתאריך: ____/____/____ (שנה חודש יום) עד: ____/____/____ (שנה חודש יום)

אם יש לך פטור מלא או חלקי ממס הכנסה, נא צרפי אישור מתאים ממס הכנסה

7 הצהרת התובעת

אני החתומה מטה תובעת גמלת דמי לידה ומצהירה בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה 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 בתוך 30 יום.

אני מסכימה שהבנק 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 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 ✗_____

8 למילוי ע"י המעסיק – רק לאחר הפסקת עבודה

שם המעסיק	מספר תיק בב. לאומי	טלפון קווי	מספר פקס

רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

הנני מאשר כי גברת

שם משפחה	פרטי	עיסוק/תפקיד	ת. זהות	ס"ב

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	❑ בבנק ❑ בהמחאה ❑ במזומן ❑ אחר	❑ לא ❑ כן, סוג קרבה _____

9 תנאי העבודה והשכר

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 וכד').

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

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

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

סיבה אחרת לשינויים בשכר _____

10 הצהרת מעסיק

אני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתה ובשכרה של העובדת כנדרש בחלק זה.

תאריך	שם החותם ותפקידו	חתימת וחותמת העסק/המפעל
_____	_____	✗ _____

11 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 בוצעה 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 ✗ _____