



## 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.

### 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.
- 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.**
- 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 ולבירורים יש לפנות לטלפון שמספרו 6050\* או 04-8812345.
- מידע נוסף אפשר למצוא 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

עמוד 1 מתוך 4

<table border="1"> <tr> <td>מס' זהות / דרכון</td> <td>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</td> </tr> <tr> <td> <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </table> </td> <td> <table border="1"> <tr> <td>סוג המסמך</td> <td>דפים</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	מס' זהות / דרכון	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </table>	0	1	<table border="1"> <tr> <td>סוג המסמך</td> <td>דפים</td> </tr> </table>	סוג המסמך	דפים	חותמת קבלה
מס' זהות / דרכון	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)								
<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </table>	0	1	<table border="1"> <tr> <td>סוג המסמך</td> <td>דפים</td> </tr> </table>	סוג המסמך	דפים				
0	1								
סוג המסמך	דפים								

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

2 פרטי חשבון הבנק של התובעת			
שמות בעלי החשבון		סוג חשבון:	
		<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> 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 צייני תאריך:	האם בכוונתך להתחלף עם בן הזוג בחופשת הלידה?																											
ש ה חודש יום			שנה חודש יום	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא																											
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																															

4 אישור רפואי - למילוי ע"י רופא נשים לתובעת שטרם ילידה			
שם משפחה	שם פרטי	שנה	חודש
שם משפחה	שם פרטי	שנה	חודש
שם רופא הנשים	חתימה וחותמת הרופא * _____		

5

**פרטים על מקום העבודה האחרון**

שם המעסיק/המפעל	עיסוקך/תפקידך במקום העבודה	תאריך הפסקת עבודה שנה חודש יום
<p>האם יש קרבה משפחתית בין לבין מעסיקך <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/></p> <p>כן, סוג הקרבה: _____ - נא מלא הצהרה בסעיף 11 בטופס.</p> <p>אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה צייני שמות מעסיקים:</p>		
<p>האם הנך בעלת מניות ו/או בעלת שליטה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן – עליך למלא את ההצהרה בסעיף 11 בטופס</p>		

6

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

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

**פטור ממס ונקודת זיכוי**

**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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובעת או מקבלת הגמלה או מגישת התביעה ✕ \_\_\_\_\_

8

למילוי ע"י המעסיק – רק לאחר הפסקת עבודה

שם המעסיק		מספר תיק בב. לאומי		טלפון קווי		מספר פקס	
רחוב		מס' בית		כניסה		דירה	
הנני מאשר כי גברת		שם משפחה		פרטי		ת. זהות	
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 _____	
שנה חודש יום		שנה חודש יום					

9

תנאי העבודה והשכר

1. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבדה:  ברציפות  שלא ברציפות, פרט: \_\_\_\_\_ 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' עבודה בשכר	שעות עבודה	מס' ימים עבורם לא שולם שכר
1								סיבה
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

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

בחודש	שולם (₪)	עבור תקופה	
		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.

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

תאריך שם החותם ותפקידו חתימת וחותמת העסק/המפעל

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

חובה להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)  
 חובה לצרף 12 תלושי שכר אחרונים

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 חופשת הלידה: שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

הריני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ חתימה ✕ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_