



## תביעה לתשלום דמי לידה ליולדת

### חובה לצרף לטופס זה

- אם מוגשת תביעה לפני הלידה – על רופא נשים למלא ולאשר את סעיף 4.4 - 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.**
- באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני. לידיעתך, המוסד יהיה פטור ממשלוח הודעות אלו גם בדואר.**

### כיצד יש להגיש את התביעה

- 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 ולברורים 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  
גמלאות משפחה

עמוד 1 מתוך 4

<p>מס' זהות / דרכון</p> <p>סוג המסמך <b>0</b> <b>1</b></p> <p>דפים</p>	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p><b>חותמת קבלה</b></p>
--	----------------------------------	--------------------------

תביעה לתשלום דמי לידה

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

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

<b>3 פרטי הלידה – יש לצרף אישור מקורי מביה"ח רק במקרה של לידה בחו"ל או בבית</b>				
תאריך הלידה	שם ביה"ח	מס' הילדים בלידה הנוכחית	אם חזרת לעבודה, נא צייני תאריך:	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		ביום _____ / _____ / _____ שנה חודש יום	
שם רופא הנשים		שם רופא		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	

5

**פרטים על מקום העבודה האחרון**

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

6

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

1. שם מעסיק קודם \_\_\_\_\_ עבודה מתאריך: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 עד: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 שנה חודש יום שנה חודש יום

2. עבודה כעצמאית מתאריך: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 עד: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 שנה חודש יום 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  שהיתי בהכשרה מקצועית

4. שרתתי בצה"ל מ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 עד \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 שנה חודש יום שנה חודש יום  
 קבע  סדיר

5. 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 כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

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	
הנני מאשר כי גברת		פרטי		עיסוק/תפקיד		ת. זהות	
שם משפחה		ס"ב		ישוב		מיקוד	
החלה לעבוד אצלי ביום		עבודה 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 _____	

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		מהות התשלום
		עד תאריך	מתאריך	
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 ✕ \_\_\_\_\_