



תביעה לתשלום דמי לידה לאב המחליף את בת/בן הזוג או לאב השוהה 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, ישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.

כיצד יש להגיש את התביעה

בן הזוג היוצא לתקופת לידה והורות, ימלא את סעיפים 1, 4, 5,6 ו-7 של טופס התביעה.

אם האב המחליף הוא בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 8 בעמוד 3.
בת/בן הזוג המוחלף, ימלא את סעיפים 2 או 3 בהתאם לסוג החופשה המבוקשת.

את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:

- למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
- לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.

לשאלות וברורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

עמוד 1 מתוך 5

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון _____	מס' זהות / דרכון _____
סוג המסמך 0 1	דפים _____

חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

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

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

1

שם פרטי _____		שם משפחה _____		מספר זהות ס"ב _____	
מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוא <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> ידוע בציבור		תאריך לידת הילד _____		תאריך הפסקת העבודה _____	
<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> עצמאי, משלם דמי ביטוח בסניף _____ שים לב, אינך נדרש להמציא פרטים אודות הכנסותיך כעצמאי, מאחר והמידע קיים בידנו		כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות			
רחוב / תא דואר _____	מס' בית _____	כניסה _____	דירה _____	יישוב _____	מיקוד _____
טלפון קווי _____		טלפון נייד _____		דואר אלקטרוני: _____@_____	
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:					
שם משפחה איש קשר _____		שם פרטי איש קשר _____		מס' זהות איש קשר ס"ב _____	
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)					
רחוב / תא דואר _____	מס' בית _____	כניסה _____	דירה _____	יישוב _____	מיקוד _____

2

חופשה מקבילה של בני הזוג – הצהרת המבוטח/ת השווה בחופשה

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

עבור החופשה המקבילה לתשומת לבך: התקופה בה בן זוגך שווה עמך במקביל תקוזז מהזכאות שלך.

שם פרטי _____ שם משפחה _____ ת.ז. _____ חתימה **x** _____

3

חלוקת החופשה עם בן הזוג עקב חזרתך לעבודה – הצהרת המבוטח/ת החוזר/ת לעבודה

אני החתום מטה מסכים לוותר על דמי הלידה המגיעים לי בתקופה החל מ- _____ עד _____ לבן זוגי _____ ת.ז. _____ עקב חזרתי לעבודה בתאריך _____ (חובה לצרף אישור מעסיק על החזרה לעבודה).
לתשומת לבך: מרגע חזרתך לעבודה לא תתאפשר החלפה נוספת עם בן הזוג.
אם יולדת אינה יכולה לוותר על ששת השבועות הראשונים מיום הלידה
 שם פרטי _____ שם משפחה _____ ת.ז. _____ חתימה **x** _____

4

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו 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 להחתימים 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 כדיון, 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 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 מקבל התשלום **x** _____ חתימת/חתימות השותפים לחשבון **x** _____

5

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

עיסוקך/תפקידך במקום העבודה	הסיבה להפסקת העבודה	עבדתי עד ליום _____ (כולל יום זה)
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין מעסיקך/האם הינך בעל שליטה בחברה _____	כן, סוג הקרבה _____	שם המעסיק/ המפעל _____
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)

שם מעסיק קודם	עבודה מתאריך _____ עד _____	1.
עבודה כעצמאי מתאריך _____ עד _____		2.

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 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע ישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך _____ חתימת התובע * _____

8

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. _____
אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה * _____

אישור המעסיק על תקופת ההעסקה ועל השכר

1

פרטי המעסיק

טלפון קווי	מספר תיק ניכויים		שם המעסיק	
טלפון פקס	מיקוד	יישוב	מס' בית	רחוב / תא דואר

אנו מאשרים בזה שהרשום מטה הועסק על ידינו כעובד שכיר, ועבודתו הופסקה, בהתאם לפרטים הרשומים מטה:

מספר זהות	תקופת העסקה	שם פרטי	שם משפחה
	מ _____ עד _____		

עיסוק/תפקיד _____
 האם העובד יצא לתקופת לידה והורות? כן לא, ציין את 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

2

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

תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו _____ חתימת וחותמת 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 ✕ _____