



מס' פנייתך במרכז המידע: _____

בקשה לחישוב דמי לידה/שמירת הריון

לצורך תשלום "מענק עבודה"

לידיעתך: טופס זה ישמש לצורך טיפול בתביעת מענק עבודה בלבד!

אני החתום/ה מטה:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(חובה לציין 9 ספרות)

ת.ז:

שם משפחה

שם פרטי

(שנת התביעה)

--	--	--	--

מצהיר/ה בזאת כי בשנת המס:

ילדתי בתאריך ____/____/____

אבקש לחשב את סכום דמי הלידה/שמירת הריון בהתאם למספר הימים כפי שמופיע במרשמי ביטוח לאומי.

הריני מצהיר כי כל הנתונים שמסרתי נכונים, ידוע לי כי מסירת מידע כוזב הינה עבירה פלילית.

חתימת המצהיר/ה

תאריך ____/____/____

חשוב: לצורך המשך טיפול יעיל בפנייתך יש לצרף:

- אישור רשמי ועדכני מביטוח לאומי המפרט את אופן חישוב דמי הלידה/שמירת הריון.
- צילום טופס תביעה או מס' תביעה: _____
- מס' טלפון עדכני להתקשרות: _____