



## תביעה לתשלום דמי לידה/דמי חופשה למאמצת

### חובה לצרף לטופס זה

- ✍ באם מוגשת תביעה לפני הלידה – על רופא נשים למלא ולאשר את סעיף 4.
- ✍ באם מוגשת תביעה בעקבות לידה שארעה בבית או בבית חולים בחו"ל – יש לצרף אישור רשמי על הלידה.
- ✍ באם מוגשת תביעה לרגל אימוץ בחו"ל – יש לצרף מסמכי אימוץ מתורגמים באישור נטריון.
- ✍ באם מוגשת תביעה לרגל אימוץ בארץ – פקיד סעד ימלא ויאשר סעיף 5.
- ✍ באם חלו שינויים בשכר ב-3 החודשים שקדמו להפסקת העבודה, מסיבה רפואית או מסיבה שלא צוינה ע"י המעסיק – יש להמציא אישור מתאים.

### 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.

**תביעה לרגל אימוץ:** א. בארץ - ניתן להגיש מיום קבלת הילד לאומנה למטרת אימוץ.  
ב. בחו"ל - ניתן להגיש מיום קבלת הילד.

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

✍ 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.

✍ לפרטים נוספים אפשר להיעזר 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 /  
דמי חופשה למאמצת

חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

עמוד 1 מתוך 4

|                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| מספר זהות / דרכון |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| סוג המסמך         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| דפים              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

#### 1 פרטי התובעת

|                                                  |                                     |                          |               |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------|
| שם משפחה (נוכחי)                                 | שם משפחה (לפני הנישואין)            | שם פרטי                  | מספר זהות ס"ב |
| <input type="checkbox"/> שכירה                   | <input type="checkbox"/> חברת קיבוץ | עבדתי עד יום כולל יום זה | שנת לידה      |
| <input type="checkbox"/> עצמאית משלמת ד.ב. בסניף |                                     | שנה חודש יום             |               |

#### כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

|                                                   |         |            |      |               |       |
|---------------------------------------------------|---------|------------|------|---------------|-------|
| רחוב / תא דואר                                    | מס' בית | כניסה      | דירה | יישוב         | מיקוד |
| טלפון קווי                                        |         | טלפון נייד |      | דואר אלקטרוני |       |
| <input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת הודעות SM |         |            |      |               |       |

#### 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:        |          |            |
| <input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוץ |                   |          |            |
| שם הבנק                                                      | שם הסניף / כתובתו | מס' סניף | מספר חשבון |
|                                                              |                   |          |            |

#### 3 פרטי הלידה - יש לצרף אישור מקורי מביה"ח

|              |          |                          |                                |                                                         |
|--------------|----------|--------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------|
| תאריך הלידה  | שם ביה"ח | מס' הילדים בלידה הנוכחית | אם חזרת לעבודה, נא ציין תאריך: | האם בכוונתך להתחלף עם בן הזוג בחופשת הלידה?             |
| שנה חודש יום |          |                          | שנה חודש יום                   | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא |

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

|                                                               |         |              |
|---------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| שם משפחה                                                      | שם פרטי | שנה חודש יום |
| הנני מאשר שבדקתי את הגב' _____ ביום _____                     |         |              |
| מס' שבועות של הריון _____ תאריך לידה משוער _____ שנה חודש יום |         |              |
| שם רופא הנשים _____ חתימה וחותמת הרופא X _____                |         |              |

## למאמץ

5

אישור פקיד הסעד:

הנני מאשר שהגב' \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_  
 שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_  
 קיבלה לביתה בכוונה לאמצו ביום \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ את הילד \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_  
 שנולד ב- \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

חתימה וחותמת פקיד הסעד ✕

## פרטים על מקום העבודה האחרון

6

|                                                                                                                                                                                                 |                           |                                                                                                                         |     |      |     |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|-----|--|--|--|
| שם המעסיק/המפעל                                                                                                                                                                                 | עיסוק/תפקידך במקום העבודה | תאריך הפסקת עבודה                                                                                                       |     |      |     |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                 |                           | <table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | שנה | חודש | יום |  |  |  |
| שנה                                                                                                                                                                                             | חודש                      | יום                                                                                                                     |     |      |     |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                 |                           |                                                                                                                         |     |      |     |  |  |  |
| <p>האם יש קרבה משפחתית בינך לבין מעסיקך <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה: _____</p> <p>אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה צייני שמות מעסיקים: _____</p> |                           |                                                                                                                         |     |      |     |  |  |  |

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

7

- שם מעסיק קודם \_\_\_\_\_ עבודה מתאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_
- עבודה כעצמאית מתאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 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 ☐
- שרתי בצה"ל מ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ מס' אישי \_\_\_\_\_ סדיר ☐ קבע ☐
- שהיתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מתאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

## הצהרת התובעת

8

אני החתומה מטה תובעת גמלת דמי לידה ומצהירה בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.  
 ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי תוך 30 יום.  
 אני מסכימה 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 פרטי מושכי התשלומים.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובעת/מקבלת המלגה/מגישת התביעה ✕

אישור מזכירות קיבוץ או מושב שיתופי

1. הנני מאשר שהגב' \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_

הינה חברת קיבוץ/מושב שיתופי \_\_\_\_\_ שם הקיבוץ/מושב שיתופי \_\_\_\_\_

2. הנ"ל מבטחת החל מ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ סוג הביטוח \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

3. תאריך הפסקת עבודה \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

4. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבדה ברציפות ☐ כן ☐ לא, פרטי \_\_\_\_\_

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

תאריך \_\_\_\_\_ שם החותם ותפקידו \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_

למילוי ע"י המעסיק – רק לאחר הפסקת עבודה

10

|                      |  |                         |  |                                                                                                                            |  |                                                                   |  |
|----------------------|--|-------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|
| שם המעסיק            |  | מספר תיק ב.ב. לאומי     |  | טלפון קווי                                                                                                                 |  | מספר פקס                                                          |  |
|                      |  |                         |  |                                                                                                                            |  |                                                                   |  |
| רחוב                 |  | מס' בית                 |  | כניסה                                                                                                                      |  | דירה                                                              |  |
|                      |  |                         |  |                                                                                                                            |  |                                                                   |  |
| הנני מאשר כי גברת    |  | פרטי                    |  | ת. זהות                                                                                                                    |  | ס"ב                                                               |  |
| שם משפחה             |  |                         |  |                                                                                                                            |  |                                                                   |  |
| החלה לעבוד אצלי ביום |  | עבדה עד יום כולל יום זה |  | שכרה שולם                                                                                                                  |  | האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובדת?                             |  |
| יום חודש שנה         |  | יום חודש שנה            |  | <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 |  |

תנאי העבודה והשכר

11

1. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבדה: ☐ ברציפות ☐ שלא ברציפות, פרט: \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 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 עבדו לא שולם שכר | 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 |
|-------|----------|------------|--------|-------------|
|       |          | עד תאריך   | מתאריך |             |
| 1     |          |            |        |             |
| 2     |          |            |        |             |
| 3     |          |            |        |             |
| 4     |          |            |        |             |

סיבה אחרת לשינויים בשכר \_\_\_\_\_

הצהרת מעסיק

12

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

תאריך \_\_\_\_\_ שם החותם ותפקידו \_\_\_\_\_ חתימת וחותמת העסק/המפעל \_\_\_\_\_