



תביעה לתשלום דמי לידה לאב המחליף את בת/בן הזוג

מי זכאי לתשלום

קיימים תנאים מצטברים הנדרשים על מנת לקבל זכאות, ויש לברר תנאים אלו לפני היציאה לחופשה.

חובה לצרף לטופס זה

אישור המעביד על חזרת בת/בן הזוג לעבודה.

כיצד יש להגיש את התביעה

בת/בן הזוג, ימלאו את סעיפים 1, 2 של טופס 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.

אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 8 בעמוד 3.

את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.

לידיעתך - על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.

לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

פרטי חשבון הבנק של התובע

4

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

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

תאריך _____ x חתימת מקבל התשלום _____ x חתימת/חתימות השותפים לחשבון _____

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

5

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 <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____	שם המעסיק/ המפעל
---	------------------

אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה, ציין שמות המעסיקים
א. _____
ב. _____

פרטים על מקום העבודה האחרון (למי שלא עבד ברציפות בשנה האחרונה)

6

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

הצהרת התובע

7

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.

תאריך _____ חתימת התובע x _____

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לביל 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 * _____

אישור המעסיק על תקופת ההעסקה ועל השכר

פרטי המעסיק

I

טלפון קווי	מספר תיק ניכויים		שם המעסיק	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
טלפון פקס	מיקוד	יישוב	מס' בית	רחוב / תא דואר
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

שם משפחה	שם פרטי	תקופת העסקה	מספר זהות
<input type="text"/>	<input type="text"/>	מ _____ עד _____	<input type="text"/>

הסיבה להפסקת העבודה _____

שכרו שולם _____ האם יש קרבה משפחתית בין לבין העובד? כן, סוג הקרבה _____

בבנק בהמחאה במזומן אחר _____

פרוט 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' עבודה בשכר ימי	מס' הימים בעבורם לא שולם שכר	סיבה
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

פירוט ההפרשים והתשלומים הנוספים שנכללו בטבלה לעיל, ב - 4 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

II

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

תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו _____ חתימה 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 וחותמת ✕