המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

בל/ 357

תביעה לתשלום דמי לידה/גמלת הורים למאמצת/מיועדת לחברת קיבוץ

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 נוטריון.
- באם מוגשת תביעה לרגל אימוץ בארץ – פקיד סעד ימלא ויאשר סעיף 5.
- באם חלו שינויים בשכר ב– 6 החודשים שקדמו להפסקת העבודה, מסיבה רפואית או מסיבה שלא צוינה ע"י המעסיק – יש להמציא אישור מתאים.

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 לאמנה למטרת אימוץ
  ב. בחו"ל – ניתן להגיש מיום קבלת הילד.
- לחברה בקיבוץ מתחדש משולמת הגמלה באופן אוטומטי, יש לוודא קבלת תשלום.
- **לפי החוק את התביעה יש להגיש תוך שנה מיום הזכאות הראשון**.
- אם את בעלת שליטה או קרובת משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 9 בעמוד 3.
- **ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר.** לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, יישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.

כיצד יש להגיש את התביעה

- **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
  - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
  - 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 ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט.www.btl.gov.il .

<u>חובה לחתום על טופס התביעה</u>

טופס זה מנוסח בלשון נקבה אך פונה לנשים ולגברים כאחד

נא למלא מספר זהות _____

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לתשלום דמי לידה / גמלת הורים למאמצת /מיועדת לחברת קיבוץ

חותמת קבלה	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
	מס' זהות / דרכון סוג המסמך 01 דפים

1 פרטי התובעת

שם משפחה (נוכחי)	שם משפחה (לפני הנישואין)	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

☐ שכירה ☐ חברת קיבוץ ☐ עצמאית משלמת ד.ב. בסניף _____	עבדתי עד יום כולל יום זה שנה חודש יום	שנת לידה

מצב משפחתי ☐ רווקה ☐ נשואה ☐ גרושה ☐ אלמנה ☐ ידועה בציבור

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר. אם את מתנגדת לכך עלייך לסמן את ההצהרה הבאה:
☐ אני מסרבת שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטאלי (ממוחשב) של הכנסותיי.
ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

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

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.
לידיעתך, 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 פרטי חשבון הבנק של התובעת

שמות בעלי החשבון	סוג חשבון: ☐ פרטי ☐ קיבוץ

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

3 פרטי הלידה – יש לצרף אישור **מקורי** מביה"ח

תאריך הלידה שנה חודש יום	שם ביה"ח	מס' הילדים בלידה הנוכחית	אם חזרת לעבודה, נא צייני תאריך: שנה חודש יום	האם בכוונתך להתחלף עם בן הזוג בתקופת הלידה וההורות? ☐ כן ☐ לא

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

הנני מאשר שבדקתי את הגב' _____ ביום _____/_____/_____
שם משפחה שם פרטי שנה חודש יום

מס' שבועות של הריון _____ תאריך לידה משוער _____/_____/_____
שנה חודש יום

שם רופא הנשים _____ חתימה וחותמת הרופא ✘ _____

5 למאמצת או אם מיועדת

<u>אישור פקיד הסעד :</u>

הנני מאשר שהגב' _____ מס' זהות _____
שם משפחה שם פרטי

קבלה ביום _____/_____/_____ את הילד _____
שנה חודש יום שם פרטי

שנולד ב- _____/_____/_____
שנה חודש יום

חתימה וחותמת פקיד הסעד ✘ _____

6 פרטים על מקום העבודה האחרון

תאריך הפסקת עבודה שנה חודש יום	עיסוקך/תפקידך במקום העבודה	שם המעסיק/המפעל

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין מעסיקך ❑ לא ❑ כן, סוג הקרבה: _____

אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה צייני שמות מעסיקים:

7 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/גמלת הורים למאמץ ❑ דמי אבטלה ❑ גמלה לשמירת הריון ❑ דמי פגיעה ❑ דמי תאונה

❑ קיבלתי תשלום מקרן חופשה

4. ❑ שהיתי בהכשרה מקצועית במהלך 4 השנים האחרונות.

❑ שהיתי בהכשרה מקצועית בקורס _____ מתאריך _____ עד _____
מקום ההכשרה _____ **אנא צרפי אישור ממוסד הלימודים**

❑ שהיתי בהכשרה מקצועית בלימודי סיעוד לאחיות מוסמכות מתאריך _____ עד תאריך _____
מקום ביצוע ההכשרה _____ **אנא צרפי אישור ממוסד הלימודים**

5. שרתי בצה"ל מ _____/____/____ עד _____/____/____ מס' אישי _____ ❑ סדיר ❑ קבע
שנה חודש יום שנה חודש יום

6. שהיתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מתאריך: _____/____/____ עד: _____/____/____
שנה חודש יום שנה חודש יום

אם יש לך פטור מלא או חלקי ממס הכנסה – נא צרפי אישור מתאים ממס הכנסה

8 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 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 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 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.
אני מסכימה 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.**
ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.
במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.
ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרופותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותיי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותיי יימסר לצדדי ג׳ הרלוונטיים לצורך זה
ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת www.btl.gov.il > יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות..
אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.

תאריך_____ חתימת התובעת ✖_____

9 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 ✖_____

10 אישור מזכירות קיבוץ או מושב שיתופי

1. אני מאשר שהגב' _____ מס' זהות _____
שם משפחה שם פרטי
היא חברת קיבוץ/מושב שיתופי _____מס' תיק ניכויים _____
שם הקיבוץ/מושב שיתופי
2. הנ"ל מבוטחת החל מ _____/____/____ סוג הביטוח _____
שנה חודש יום
3. תאריך הפסקת עבודה_____/____/____
שנה חודש יום
4. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבדה ברציפות ❑ כן ❑ לא, פרטי _____

_____ _____ ✖_____
תאריך שם החותם ותפקידו חתימה וחותמת

11 למילוי ע"י המעסיק – רק לאחר הפסקת עבודה

שם המעסיק	מספר תיק בב. לאומי	טלפון קווי	מספר פקס

רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

הנני מאשר כי גברת

שם משפחה	פרטי	עיסוק/תפקיד	ת. זהות	ס"ב

החלה לעבוד אצלי ביום	עבדה עד יום כולל יום זה	שכרה שולם	האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובדת?
שנה חודש יום	שנה חודש יום	❑ בבנק ❑ בהמחאה ❑ במזומן ❑ אחר	❑ לא ❑ כן, סוג קרבה _____

12 תנאי העבודה והשכר

1. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבדה: ❑ ברציפות ❑ שלא ברציפות, פרט:
   - ❑ שנת שבתון/השתלמות מתאריך _____ 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' ימי עבודה בשכר	שעות עבודה	מס' ימים עבורם לא שולם שכר: מס' ימים	מס' ימים עבורם לא שולם שכר: סיבה
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

4. פרוט ההפרשים והתשלומים הנוספים שנכללו בסעיף 3 **ב- 6 החודשים שקדמו להפסקת העבודה:**

	בחודש	שולם (₪)	עבור תקופה: מתאריך	עבור תקופה: עד תאריך	מהות התשלום
1					
2					
3					
4					

סיבה אחרת לשינויים בשכר _____

13 הצהרת מעסיק

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

תאריך	שם החותם ותפקידו	✘ חתימת וחותמת העסק/המפעל