המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

בל/ 1517

תביעה למענק השלמה למובטל העובד בשכר נמוך

חובה לצרף לטופס זה

- תלושי שכר ואישור המעסיק על היקף המשרה שבה אתה מועסק

או אישור המעסיק על תקופת העסקה ועל השכר המצורף לטופס התביעה למענק ההשלמה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- **לתשומת לבך** – אם התחלת לעבוד בעבודה בשכר נמוך, וטרם הגשת תביעה לדמי אבטלה – יש לצרף טופס זה **לטופס התביעה לדמי אבטלה**.

- **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 .

- **לידיעתך - אפשר להגיש תביעה למענק השלמה רק לאחר 25 ימי עבודה בשכר נמוך**

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה למענק השלמה למובטל העובד בשכר נמוך

חותמת קבלה

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

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי/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.

2 פרטי המעסיק

שם המעסיק:	מספר תיק ניכויים:
האם אתה נמנה עם בעלי החברה? ❑ לא ❑ כן	האם קיימת קרבה משפחתית בינך לבין המעביד ? ❑ לא ❑ כן, מסוג _____

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

טלפון קווי/נייד	דואר אלקטרוני: _____@_____

פרטי מעסיק נוסף (אם עבדת במקום עבודה נוסף שבגינו אתה תובע מענק)

שם המעסיק:	מספר תיק ניכויים:
האם אתה נמנה עם בעלי החברה? ❑ לא ❑ כן	האם קיימת קרבה משפחתית בינך לבין המעביד ?❑ לא ❑ כן, מסוג _____

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי/נייד	דואר אלקטרוני: _____@_____

3 הצהרה

אני החתום מטה תובע מענק ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הם עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן מענק לפי חוק זה או להגדלתו על ידי העלמת פרטים החשובים לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי למענק או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
אני מסכים שהבנק 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 הפרטים 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 להמצ**יאם 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 btldpo@nioi.gov.il.
אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.

תאריך_____ חתימת התובע ×_____

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה למענק השלמה
למובטל העובד בשכר נמוך

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

אישור המעסיק על תקופת ההעסקה ועל השכר

I פרטי המעסיק

שם המעסיק	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי

רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	טלפון פקס

II פרטים על העבודה ושכר

שם משפחה של העובד	שם פרטי של העובד	מספר זהות ס"ב

תאריך תחילת העבודה: _____

שכרו של העובד שולם על בסיס ❑ חודשי ❑ יומי ❑ שעות ❑ אחר: _____

מספר ימי העבודה המקובלים בשבוע ❑ 5 ימים ❑ 6 ימים ❑ אחר _____

מס'	בשנה/ בחודש	השכר ברוטו החייב בדמי ביטוח בש"ח כולל הפרשים ותשלומים נוספים	דמי ביטוח ודמי ביטוח בריאות שנוכו	אחוז המשרה	מספר ימי העבודה שבעבורם שולם שכר כולל ימי חג, חופשה, מחלה
1					
2					
3					
4					
5					
6					

III פירוט תשלומים חד-פעמיים והפרשים שנכללו בשכר

בטור "מהות התשלום", בעניין תשלומים חד-פעמיים – יש לרשום את סוג התשלום, כגון: דמי הבראה, ביגוד, מענק חד-פעמי, משכורת י"ג, בונוס תקופתי וכד'.
בעניין "הפרשי שכר" (כולל שעות נוספות ופרמיות) – יש לרשום "הפרשים" ולשייך אותם לחודשים שבעדם הם שולמו.

מהות התשלום	בחודש	שולם סכום בש"ח	בעבור תקופה	
			מתאריך	עד תאריך
סיבה אחרת לשינויים בשכר-				

IV הצהרת המעסיק

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

תאריך_____ חתימת החותם ותפקידו ✖_____ חתימה וחותמת המעסיק/המפעל ✖_____