



## תביעה לתשלום דמי לידה לאב המחליף את בת/בן הזוג או לאב השוהה במקביל עם בן/בת הזוג

### מי זכאי לתשלום

קיימים תנאים מצטברים הנדרשים על מנת לקבל זכאות, ויש לברר תנאים אלו לפני היציאה לתקופת לידה והורות.

### חובה לצרף לטופס זה

למי שמחליף את בן/בת הזוג, יש לצרף אישור המעביד על חזרת בת/בן הזוג לעבודה.

### לידיעתך

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

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

בן הזוג היוצא לתקופת לידה והורות, ימלא את סעיפים 1, 4, 5,6 ו-7 של טופס התביעה.

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

בת/בן הזוג המוחלף, ימלא את סעיפים 2 או 3 בהתאם לסוג החופשה המבוקשת.

### את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:

- 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 וברורים ניתן לפנות להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

**תביעה לתשלום דמי לידה  
לאב המחליף את בת/בן הזוג  
או לאב השוהה במקביל עם  
בו/בת הזוג**

עמוד 1 מתוך 5

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div> </div> </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
---	------------------------------------

### חותמת קבלה

☞ תביעה זו מוגשת עבור:  אב המחליף את בת/בן הזוג  אב השוהה במקביל עם בן/בת הזוג

1

פרטי המבוטח					
	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב		
		מצב משפחתי	תאריך לידת הילד	תאריך הפסקת העבודה	
		<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> ידוע בציבור	<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> עצמאי, משלם דמי ביטוח בסניף _____ שים לב, אינך נדרש להמציא פרטים אודות הכנסותיך כעצמאי, מאחר והמידע קיים בידנו	<input type="checkbox"/> שומר <input type="checkbox"/> אב המחליף את בת/בן הזוג <input type="checkbox"/> אב השוהה במקביל עם בן/בת הזוג	
לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר. אם אתה מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה: <input type="checkbox"/> אני מסרב 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.					
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות</b>					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
		טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני: _____@_____	
<b>אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:</b>					
		שם פרטי איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב	
<input type="checkbox"/> 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.					
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

2

**חופשה מקבילה של בני הזוג – הצהרת המבוטח/ת השוהה בחופשה**

אני החתום מטה מסכים לוותר על דמי הלידה המגיעים לי בתקופה החל מ- \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ לבן זוגי \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_.

עבור החופשה המקבילה לתשומת לבך: התקופה בה בן הזוג שוהה עמך במקביל תקוזז מהזכאות שלך.

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_

3

**חלוקת החופשה עם בן הזוג עקב חזרתך לעבודה – הצהרת המבוטח/ת החוזר/ת לעבודה**

אני החתום מטה מסכים לוותר על דמי הלידה המגיעים לי בתקופה החל מ- \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ לבן זוגי \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_.  
 עקב חזרתי לעבודה בתאריך \_\_\_\_\_ (חובה לצרף אישור מעסיק על החזרה לעבודה).  
**לתשומת לבך:** מרגע חזרתך לעבודה לא תתאפשר החלפה נוספת עם בן הזוג.  
**אם יולדת אינה יכולה לוותר על ששת השבועות הראשונים מיום הלידה**  
 שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_

4

**פרטי חשבון הבנק של התובע**

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

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.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל/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.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מקבל התשלום **x** \_\_\_\_\_ חתימת/חתימות השותפים לחשבון **x** \_\_\_\_\_

5

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

עבודתי עד ליום _____ (כולל יום זה)	הסיבה להפסקת העבודה	עיסוקך/תפקידך במקום העבודה
שם המעסיק/ המפעל	האם יש קירבה משפחתית בינך לבין מעסיקך/האם הינך בעל שליטה בחברה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____	
אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה, ציין שמות המעסיקים א. _____ ב. _____		

6

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

1. שם מעסיק קודם	עבודה מתאריך _____ עד _____
2. עבודה כעצמאי מתאריך _____ עד _____	

**פטור ממס ונקודת זיכוי**

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

7

## הצהרת התובע

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.

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.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע \* \_\_\_\_\_

8

## 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 \* \_\_\_\_\_

### אישור המעסיק על תקופת ההעסקה ועל השכר

1

#### פרטי המעסיק

שם המעסיק	מספר תיק ניכויים		טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד
טלפון פקס			

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

שם משפחה	שם פרטי	תקופת העסקה	מספר זהות
		מ _____ עד _____	ס"ב

עיסוק/תפקיד \_\_\_\_\_ האם העובד יצא לתקופת לידה והורות?  כן  לא, ציין את הסיבה להפסקת העבודה: \_\_\_\_\_

שכרו שולם \_\_\_\_\_ האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובד?  לא  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	
							מס' ימים	סיבה
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
1								
0								

פירוט ההפרשים והתשלומים הנוספים שנקללו בטבלה לעיל, ב - 6 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

2

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

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת החותם ותפקידו \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת המעסיק/המפעל \_\_\_\_\_ X

3

**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 ✕ \_\_\_\_\_