



תביעה לתשלום תגמול מיוחד לבן זוג לילדת נכה

חובה לצרף לטופס זה

- ✎ אישור מרופא מטפל המאשר שנבצר מבת זוגך לטפל בילד בשל נכותה.
- ✎ אם חלו שינויים בשכרך ב-6 החודשים שקדמו להפסקת העבודה – יש לצרף אישור מתאים.
- ✎ אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או בעל מניות בחברה, יש למלא את ההצהרה בסעיף 6.

לידיעתך

- ✎ תביעה זו מיועדת לבן זוג של יולדת נכה, שנקבעה לה דרגת נכות בשיעור 100% אי כושר השתכרות.
- ✎ קיימים תנאים מצטברים הנדרשים על מנת לקבל זכאות. יש לברר פרטים אלו לפני היציאה לתקופת לידה והורות.
- ✎ **לידיעתך - על פי חוק, יש להגיש את התביעה תוך שנה מיום הזכאות הראשון - 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

- ✎ **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.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

3

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

עיסוקך/תפקידך במקום העבודה	הסיבה להפסקת העבודה	עבדתי עד ליום _____ (כולל יום זה)
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין מעסיקך/האם אתה בעל שליטה בחברה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____ (יש למלא סעיף 6 בטופס)		שם המעסיק/ המפעל
אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה, ציין שמות המעסיקים ואם יש קרבה משפחתית בינכם		
שם המעסיק _____ קרבה משפחתית: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____		שם המעסיק _____ קרבה משפחתית: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____

4

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

שם מעסיק קודם	עבודה מתאריך _____ עד _____	1.
עבודה כעצמאי מתאריך _____ עד _____		2.
אם יש לך פטור מלא או חלקי ממס הכנסה – נא צרף אישור מתאים ממס הכנסה		

5

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 בידועין 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 _____

6

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 מזכירות הקיבוץ או המושב השיתופי

אני מאשר כי: שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות ס"ב _____	<input type="checkbox"/> חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> מושב שיתופי
הנ"ל מבוטח החל מתאריך _____ בסוג _____	
תאריך הפסקת עבודה _____ הסיבה להפסקת העבודה _____ (חובה למלא)	
תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו * _____ חתימה וחותמת הקיבוץ/מושב שיתופי * _____	

אישור המעסיק על תקופת ההעסקה ועל השכר

I

פרטי המעסיק

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"/>

עיסוק/תפקיד

האם העובד יצא לתקופת לידה והורות? כן לא, ציין את הסיבה להפסקת העבודה:

(חובה למלא)

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובד?	שכרו שולם
<input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____	<input type="checkbox"/> בבנק <input type="checkbox"/> בהמחאה <input type="checkbox"/> במזומן <input type="checkbox"/> 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										
10										

פירוט ההפרשים והתשלומים הנוספים שנכללו בטבלה לעיל, ב - 6 החודשים שקדמו להפסקת העבודה:

בחודש _____ שולם _____ ש"ח	עבור התקופה מ _____ עד _____	מהות התשלום _____
בחודש _____ שולם _____ ש"ח	עבור התקופה מ _____ עד _____	מהות התשלום _____
בחודש _____ שולם _____ ש"ח	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 ✕ _____