



תביעה לתשלום מענק לאב

- מענק לידה- אימוץ- הליך פונדקאות
- מענק אשפוז
- קצבת לידה בלידות סמוכות

חובה לצרף לטופס זה

- ☞ לתביעה למענק אשפוז יש לצרף אישור על לידה בבית חולים, ואת חשבונית המפרטת את ההוצאות הקשורות ללידה, כמו כן יש לצרף קבלה על תשלום דמי אשפוז או אישור על תשלום פרמיה לחברת הביטוח ששילמה את הוצאות הלידה.
- ☞ אם נולד תינוק במשקל עד 1750 גרם ואושפז במחלקה לטיפול בילודים לפחות 4 ימים, יש להמציא על כך אישור נפרד, וכן חשבונית וקבלה על ההוצאות.

לידיעתך

- ☞ לפי החוק, יש להגיש את התביעה בתוך 18 חודשים מיום הלידה.
- ☞ טופס זה מיועד גם לתביעת קצבת לידה בלידה של יותר משני ילדים שלא בלידה אחת, ובלבד שההפרש בין לידה ללידה אינו עולה על 98 יום.
- ☞ מומלץ לבדוק זכאותך לתשלום דמי לידה וקצבת ילדים.

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 וברורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

מס' זהות / דרכון _____		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
סוג המסמך 0 1	דפים _____	

חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי
 מינהל הגמלאות
 גמלאות אמהות

- תביעה לתשלום מענק לאב**
- מענק לידה- אימוץ- הליך
 - פונדקאות
 - מענק אשפוז
 - הצבת לידה בלידות סמוכות

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה שנה _____ חודש _____ יום _____	מספר זהות ס"ב _____
----------	---------	--	---------------------------

מצב משפחתי: רווקה נשואה גרושה אלמנה ידועה בציבור

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשורת

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
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)

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
-------	-------	------	-------	---------	----------------

עיסוק התובע (נא לסמן ✓ במשבצת המתאימה):

- עובד שכיר החל מתאריך: _____ שם המעביד האחרון: _____
- כתובת: _____ (נא לצרף אישור מהמעביד)
- עובד עצמאי משלח היד: _____ כתובת העסק: _____
- משלם דמי ביטוח בסניף _____

2

פרטי בן הזוג

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה שנה _____ חודש _____ יום _____	מספר זהות ס"ב _____
----------	---------	--	---------------------------

עיסוק בן הזוג (נא לסמן ✓ במשבצת המתאימה):

- אינו עובד מתאריך: _____ מקורות הקיום: _____ משלם דמי ביטוח בסניף _____
- עובד שכיר מתאריך: _____ שם המעביד האחרון: _____
- כתובת: _____ (נא לצרף אישור מהמעביד)
- עובד עצמאי משלח היד: _____ כתובת העסק: _____ משלם דמי ביטוח בסניף _____

פרטי הלידה

בארץ	בבית חולים	לידה ביום																		
		<table style="margin: auto; border: none;"> <tr> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">יום</td> <td style="border: none; text-align: center;">חודש</td> <td style="border: none; text-align: center;">שנה</td> <td colspan="6" style="border: none;"></td> </tr> </table>										יום	חודש	שנה						
יום	חודש	שנה																		
מספר הזהות	שם הנולד																			
ס"ב		1																		
ס"ב		2																		
ס"ב		3																		
ס"ב		4																		

מצורף אישור על הלידה

מצורפת קבלה על תשלום דמי האשפוז

את דמי האשפוז לביה"ח שילם/שילמו _____

אם נפטר הילד – ציינו את שם הילד ותאריך הפטירה _____

פרטי חשבון הבנק של התובע

סוג חשבון	שמות השותפים לחשבון		
<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוצי			
מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף / כתובתו	שם הבנק

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתיים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה. 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 ממוחשבת, 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 יאה עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך _____ שם השותף/ים _____ מס' ת"ז _____ חתימה * _____

הצהרה

אני מצהיר בזה שכל הפרטים שנמסרו בתביעה זו ובצורפותיה הם נכונים ואני תובע :

תשלום מענק אשפוז תשלום מענק לידה תשלום קצבת לידה בלידות סמוכות

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י 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 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 ישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך _____ חתימת התובע * _____

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
גמלאות אמהות



כתב ויתור סודיות רפואית

**שם הגמלה: מענק לידה ואשפוז
וקצבת לידה בלידות סמוכות**

פרטים אישיים

1

תאריך לידה שנה חודש יום	תאריך תביעה שנה חודש יום	מספר ת.ז./דרכון 	קוד גמלה 70
שם פרטי		שם משפחה	
חבר בקופת חולים			
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____			

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____