



תביעה להארכה או פיצול דמי לידה או גמלת הורים מאמצים

חובה לצרף לטופס זה

- בתביעה להארכה או פיצול עקב אשפוז ילד או יולדת - אישור מבית החולים על תקופת האשפוז.
- בתביעה לפיצול - אישור מהמעסיק על חזרה לעבודה עקב הפיצול וחזרה לתקופת לידה והורות אחריה.

לידיעתך

- לידיעתך: טופס זה יש להגיש רק לאחר הגשת תביעה לדמי לידה.
- לפי החוק, יש להגיש את התביעה תוך שנה מיום הזכאות הראשון לגמלה.
- אם נולד ילד לפני שבוע 33 או במשקל לידה פחות מ- 1750 גרם מומלץ לבדוק זכאותך לתשלום גמלה לילד/ה נכה על גבי טופס בל/7821.
- 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 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 נקבה אך פונה לגברים ולנשים כאחד

4

תביעה להארכת דמי לידה או גמלת הורים מאמצים עקב אשפוז הילד או התובעת - יש לצרף אישור מבית חולים

אשפוז הילד / התובעת

- הילד / התובעת שוחרר מביה"ח לאחר הלידה / האימוץ בתאריך _____
- הילד / התובעת נשאר בביה"ח לאחר הלידה / האימוץ עד _____
- הילד / התובעת אושפז מחדש ביום _____ שוחרר ביום _____

5

תביעה לפיצול דמי לידה או גמלת הורים מאמצים עקב אשפוז הילד או התובעת
יש לצרף אישורים מביה"ח ומהמעסיק (ראה דברי הסבר בדף המקדים)

אשפוז הילד / התובעת

- הילד / התובעת נשאר בביה"ח לאחר הלידה / האימוץ עד _____
- הילד / התובעת אושפז מחדש ביום _____ ועדין שוהה בבית החולים
- הילד / התובעת אושפז מחדש ביום _____ ושוחרר ביום _____

6

הצהרת התובעת

1. טרם חזרתי לעבודה2. חזרתי לעבודה ביום _____ חזרתי לתקופת לידה והורות או אימוץ ביום _____3. אני תובעת הארכת דמי לידה או גמלת הורים מאמצים עקב אשפוז הילד או התובעת.
 פיצול דמי לידה או גמלת הורים מאמצים עקב אשפוז הילד או התובעת.

4. אני החתומה מטה מצהירה בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה 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 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 יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך _____ חתימת התובעת **x** _____