



طلب دفع منحة ولادة ومنحة مكوث في المستشفى (هذا النموذج مخصص لطلب منح عن ولادة في مستشفى خارج البلاد)

يجب إرفاق ما يلي للنموذج

- ✍ يجب أن يشمل هذا الطلب لمنحة مكوث في المستشفى تبليغاً عن الولادة في مستشفى، فاتورة تفصل المصاريف المتعلقة بالولادة، وصل دفع رسوم مكوث في المستشفى أو تصريحاً عن دفع مبلغ قسط من المرأة الوالدة لشركة التأمين التي دفعت تكاليف الولادة.
- ✍ إذا كان وزن الطفل عند الولادة أقل من 1750 غرام ووضع في قسم العناية بالمواليد لمدة 4 أيام على الأقل، يجب إرفاق تصريح منفصل عن ذلك، بالإضافة إلى فاتورة ووصل عن المصاريف.

كيفية تقديم الطلب

- ✍ يجب إرسال نموذج الطلب أو إحضاره الى فرع مؤسسة التأمين الوطني القريب من مكان سكنك.
للأسئلة والاستفسارات يجب التوجه الى هاتف رقم 6050* أو 8812345 – 04
- ✍ لتفاصيل إضافية يمكن الاستعانة بموقع الإنترنت التابع لمؤسسة التأمين الوطني www.btl.gov.il
- ✍ وفقاً للقانون، يجب تقديم الطلب خلال 18 شهراً من يوم الولادة.

إلزامي التوقيع على نموذج الطلب



תביעה לתשלום מענק לידה ומענק אשפוז (טופס זה מיועד לתביעת מענקים לרגל לידה בבית חולים בחו"ל)

חובה לצרף לטופס זה

- לתיבה למענק אשפוז יש לצרף אישור על לידה בבית חולים, חשבונית המפרטת את ההוצאות הקשורות ללידה, וקבלה על תשלום דמי אשפוז או אישור על תשלום פרמיה של היולדת לחברת הביטוח ששילמה את ההוצאות הלידה.
- אם נולד תינוק במשקל עד 1750 גרם ואושפז במחלקה לטיפול בילודים 4 ימים לפחות, יש להמציא על כך אישור בנפרד, וכן חשבונית וקבלה על ההוצאות.

כיצד יש להגיש את התביעה

- את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון שמספרו *6050 או 04-8812345.
- לפרטים נוספים, אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il
- לפי החוק, יש להגיש את התביעה תוך 18 חודשים מיום הלידה.

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לתשלום מענק לידה
ומענק אשפוז

مؤسسة التأمين الوطني
إدارة المخصصات

עמוד 2 מתוך 4

לשימוש פנימי בלבד (סריקה) לإستعمال الداخلي فقط (مسح)	חותמת קבלה ختم الإستلام
מס' זהות / דרכון رقم بطاقة الهوية / جواز السفر דפים סוג המסמך صفحات نوع الوثيقة	

طلب دفع منحة ولادة ومنحة مكوث في
المستشفى

פרטי התובעת تفصيل مقدم الطلب

1

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الإسم الشخصي	תאריך לידה تاريخ الميلاد	מספר זהות / ר"ב رقم بطاقة الهوية
יום يوم	חודש شهر	שנה سنة	0 0

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) العنوان (حسبما هو مسجل في وزارة الداخلية)

רחוב / תא דואר شارع / صندوق بريد	מס' בית رقم البيت	כניסה مدخل	דירה شقة	יישוב بلدة	מיקוד الرمز البريدي
טלפון קווי / טלפון נייד هاتف ارضي / هاتف خليوي					
0 0					
☐ אני מאשר קבלת הודעות SMS أوافق على تلقي رسائل SMS					

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה) عنوان للرسائل (إن كان مختلفاً عن العنوان المفصل أعلاه)

רחוב / תא דואר شارع / صندوق بريد	מס' בית رقم البيت	כניסה مدخل	דירה شقة	יישוב بلدة	מיקוד الرمز البريدي

עיסוק היוולדת (נא לסמן ✓ במשבצת המתאימה) عمل المرأة الوالدة (ضع إشارة ✓ في المربع الملائم):

☐ אינה עובדת - עקרת בית - לא تعمل خارج البيت - ربة منزل

☐ עובדת שכירה - החל מתאריך תעמל אגירה אבדא מן תאריך: שם המעביד האחרון / اسم صاحب العمل الأخير:

כתובתו ענא: (נא לצרף אישור מהמעביד / الرجاء إرفاق تصريح من صاحب العمل)

☐ עובדת עצמאית / משלח היד - תעמל מוטלת במהנה: כתובת העסק / عنوان العمل:

משלמת דמי ביטוח בסניף / تدفع رسوم تأمين في فرع

פרטי בן הזוג تفصيل الزوج

2

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	תאריך לידה تاريخ الميلاد	מספר זהות رقم بطاقة الهوية
		שנה سنة	חודש شهر
		יום يوم	0"ב الإضافي

עיסוק בן הזוג (נא לסמן ✓ במשבצת המתאימה) عمل الزوج (ضع إشارة ✓ في المربع الملائم):

☐ אינו עובד החל מתאריך לא יעمل ابتداء מן תאריך: _____ מקורות הקיום מصادر المعيشة: _____

משלם דמי ביטוח בסניף ידفع رسوم تأمين في فرع _____

☐ עובד שכיר החל מתאריך יעمل أجيراً ابتداء מן תאריך: _____ שם המעביד האחרון اسم صاحب العمل الأخير: _____

כתובתו عنوانه: _____ (נא לצרף אישור מהמעביד الرجاء إرفاق تصريح من صاحب العمل)

☐ עובד עצמאי משלח היד يعمل مستقلاً بمهنة: _____ כתובת העסק عنوان العمل: _____

משלם דמי ביטוח בסניף ידفع رسوم تأمين في فرع _____

פרטי הלידה تفصيل الولادة

3

ילדתי ביום ولدت بتاريخ	בבית חולים في مستشفى	בארץ في دولة
שנה سنة	חודש شهر	יום يوم

שם הנולד اسم المولود	מספר הזהות رقم بطاقة الهوية
	0"ב الإضافي
	0"ב
	0"ב
	0"ב

☐ רצ"ב אישור על הלידה מرفق تبليغ عن الولادة

☐ רצ"ב קבלה על תשלום דמי האשפוז מرفق وصل دفع رسوم مكوث في المستشفى

דמי האשפוז לביה"ח שולמו ע"י _____ تم دفع رسوم المكوث في المستشفى من قبل _____

אם נפטר הילד – ציינו את שם הילד ותאריך הפטירה إذا توفي المولود – اكتبوا اسم المولود وتاريخ الوفاة _____

פרטי חשבון הבנק של התובעת: **תفاصيل حساب البنك لمقدمة الطلب**

סוג החשבון / نوع الحساب		שמות בעלי החשבון / أسماء أصحاب الحساب	
☐ פרטי / شخصي ☐ קיבוץ / كيبوتس			
מספר החשבון / رقم الحساب	מס' סניף / رقم الفرع	שם הסניף / כתובת / اسم الفرع / عنوانه	שם הבנק / اسم البنك

אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיפוי כוח בחשבון, ולוודא להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכימה שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיפוי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה. אני מסכימה 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 פרטי מושכי התשלומים.

אלתרם בתבליג מוססה התאמין الوطني عن كل تغيير يطرأ على هوية الشركاء في حساب البنك و/أو المخولين في الحساب، والتأكد من توقيعهم على نموذج حثلة الحساب. أوافق على أن يبلغ البنك من حين لآخر مؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، تفاصيل الشركاء في الحساب والمخولين فيه، سواء خلال فترة الإستحقاق أو بعدها.

אوافق أن يعيد البنك المذكور أعلاه إلى مؤسسة التأمين الوطني حسب طلبها مبالغ من الحساب، إذا كانت المؤسسة قد أودعت في الحساب مبلغاً كاملاً أو قسماً منه بالخطأ أو ليس وفقاً للقانون، وكذلك أن يعطي المؤسسة تفاصيل الذين سحبوا المبالغ المذكورة.

תאריך / التاريخ	שם השותף/ים / اسم الشريك/ شركاء	מס' ת.ז. / رقم الهوية	חתימה / التوقيع
_____	_____	_____	_____

הצהרה / تصريح

הנני מצהירה בזה שכל הפרטים שנמסרו בתביעה זו ובצירופותיה הם נכונים ואני תובעת :

☐ תשלום מענק אשפוז ☐ תשלום מענק לידה

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 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 מתחייבת להודיע על כל שינוי תוך 30 יום.

أنا الموقعة أدناه أصرح بأن جميع التفاصيل التي قدمتها في هذا الطلب وملحقاته صحيحة وأطلب :

☐ دفع منحة مكوث في المستشفى ☐ دفع منحة ولادة

أعرف أن تقديم تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات يعتبر مخالفة للقانون ، وأن أي شخص يؤدي بالغش أو عن معرفة إلى دفع مخصصات وفقاً لهذا القانون، أو زيادتها، بواسطة إخفاء تفاصيل لها أهمية لهذا الأمر، فإنه يخالف القانون وقد يتعرض لدفع غرامة أو سجن.

أعرف أن كل تغيير في أحد التفاصيل التي قدمتها في هذا الطلب وملحقاته، يؤثر على استحقاقي لمخصصات أو على تراكم دين، وبناء على ذلك ألتزم بالتبليغ عن كل تغيير خلال 30 يوماً.

תאריך / التاريخ	חתימת התובעת / توقيع مقدم الطلب
_____	_____