

תביעה למענק אישפוז - בדיקת רציפות ביטוח
دعوى لمنحة مكوث في المستشفى – فحص استمرارية التأمين

אל: המוסד לביטוח לאומי, סניף _____ אל: مؤسسة التأمين الوطني, فرع _____
יולדת שאינה תושבת ישראל ☐ מאת: בית חולים _____
والدة ليست مقيمة في اسرائيل ☐ من: مستشفى _____
תושבת ישראל ☐ _____
والدة مقيمة في اسرائيل ☐ _____

א. פרטי היולדת
أ. تفاصيل الأم الולدة

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	ארץ מוצא دولة الاصل	מספר דרכון / ת.ז. رقم جواز السفر/الهوية
-------------------------	-------------------------	------------------------	--

ב. פרטי בן הזוג
ב. تفاصيل الزوج

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	ארץ מוצא دولة الاصل	מספר דרכון / ת.ז. رقم جواز السفر/الهوية
-------------------------	-------------------------	------------------------	--

ג. פרטים על הלידה
ج. تفاصيل عن الولادة

תאריך לידה تاريخ الولادة	מס' שבועות של הריון عدد أسابيع الحمل	משקל הילוד وزن المولود	מספר ימי אישפוז במחלקה לטיפול נמרץ בילודים عدد ايام المكوث في القسم للعلاج المكثف بالمواليد
תאריך פטירה אם הילוד נפטר תאריך הוفاה אذا توفي المولود	תאריך לידה משוער تاريخ الولادة المتوقع		

למילוי ע"י פקיד בית החולים
للتعبئة على يد موظف المستشفى

חתימת היולדת
توقيع الולدة

חתימה וחתימת ביה"ח תוקיע וחתם
المستشفى

שם החותם اسم الشخص الموقع

תאריך תאריך

בדיקת זכאות فحص الاستحقاق

ד. מצב משפחתי של היולדת د. الوضع العائلي للمرأة الولدة

☐ נשואה متزوجة	שם הבעל اسم الزوج	תאריך נישואין تاريخ الزواج
☐ לא נשואה غير متزوجة	שם בן הזוג اسم الزوج \ الشريك	
כתובת מגורים: היולדת عنوان المسكن: الولدة		
כתובת מגורים: בן הזוג عنوان المسكن: الزوج \ الشريك		

ה. פרטים על תעסוקה / עבודה (עפ"י אישורים בלבד) ه. تفاصيل عن المهنة \ العمل (وفقاً لتصاريح فقط)

1) יולדת: الوالدة	☐ עובדת שכירה تعمل أجيرة	החל מתאריך ابتداء من تاريخ	עד תאריך حتى تاريخ	שם מעביד אחרון ומס' תיק اسم المشغل الأخير ورقم الملف
	☐ עובדת עצמאית تعمل مستقلة	החל מתאריך ابتداء من تاريخ	עד תאריך حتى تاريخ	ד.ב. שולמו בסניף رسوم تأمين دفعت بفرع
	☐ אינה עובדת ואינה עובדת עצמאית لا تعمل أجيرة ولا مستقلة			
	☐ מבוטחת לפי סעיף 40 (א)1 مؤمنة حسب البند 40 أ 1	☐ מבוטחת לפי סעיף 40 (א)2 مؤمنة حسب البند 40 أ 2		☐ אינה מבוטחת ليست مؤمنة
2) בן הזוג: الزوج	☐ עובד שכיר يعمل أجيير	החל מתאריך ابتداء من تاريخ	עד תאריך حتى تاريخ	שם מעביד אחרון ומס' תיק اسم المشغل الأخير ورقم الملف
	☐ עובד עצמאי يعمل مستقل	החל מתאריך ابتداء من تاريخ	עד תאריך حتى تاريخ	ד.ב. שולמו בסניף رسوم التأمين دفعت بفرع
	☐ אינו עובד ואינו עובד עצמאי لا يعمل أجييراً ولا مستقلاً			
	☐ מבוטח לפי סעיף 40 (א)1 مؤمن حسب البند 40 أ 1	☐ מבוטח לפי סעיף 40 (א)2 مؤمن حسب البند 40 أ 2		☐ אינו מבוטח ليس مؤمناً

אל: בית חולים الى : مستشفى

- ☐ הרינו מאשרים תשלום מענק לידה ואישפוז.
 نحن نصادق على دفع منحة ولادة ومكوث في المستشفى
- ☐ הרינו מאשרים תשלום מענק אישפוז בלבד.
 نحن نصادق على دفع منحة مكوث في المستشفى فقط
- ☐ אין זכאות לתשלום מענק לידה ואישפוז. לא يوجد استحقاق لدفع منحة ولادة ومكوث في المستشفى
- ☐ יש להפנות את התובעת/ת למחלקת הגביה לצורך ביטוח/ה.
 يجب تحويل مقدم ة الطلب الى قسم الجباية لتأمينه \ ها
- ☐ הבקשה בבירור ועם תום בדיקתנו נודיעכם החלטתנו.
 الطلب قيد الفحص وسنعلمكم حال انتهائنا من ذلك و اتخاذنا القرار

חתימה וחותמת המוסד
 توقيع وختم المؤسسة

שם פקיד תביעות
 اسم موظف الدعاوى

תאריך
 التاريخ

למילוי פקיד תביעות אמנות בביטוח הלאומי
 للتعبئة على يد موظف دعاوى الامومة في التأمين الوطني