



طلب تمديد أو تقسيم مخصصات ولادة / بدل إجازة لأم متبينة

يجب إرفاق ما يلي للنموذج

- ✍ عند طلب تمديد أو تقسيم في أعقاب مكوث الطفل أو المرأة الوالدة في المستشفى – تصريح من المستشفى عن فترة المكوث.
- ✍ عند طلب تقسيم – تصريح من صاحب العمل عن الرجوع إلى العمل في أعقاب التقسيم والعودة إلى إجازة ولادة بعدها.

كيفية تقديم الطلب

- ✍ لمعلوماتك : يجب تقديم هذا النموذج فقط بعد تقديم طلب لمنحة ولادة.
- ✍ يجب إرسال نموذج الطلب أو إحضاره إلى فرع مؤسسة التأمين الوطني القريب من مكان سكناك.
للسئلة والاستفسارات يجب التوجه إلى 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 سنة واحدة من يوم الاستحقاق الأول للمخصصات.

الزامي التوقيع على نموذج الطلب



תביעה להארכה או פיצול דמי לידה/דמי חופשה למאמצת

חובה לצרף לטופס זה

- ✍ תביעה להארכה או פיצול עקב אשפוז ילד או יולדת - אישור מבית החולים על תקופות האשפוז.
- ✍ תביעה לפיצול - אישור מהמעסיק על חזרה לעבודה עקב הפיצול וחזרה לחופשת לידה אחריה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ✍ לידיעתך : טופס זה יש להגיש רק לאחר הגשת תביעה לדמי לידה.
- ✍ 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 שנה מיום הזכאות הראשון לגמלה.

חובה לחתום על טופס התביעה

תביעה להארכה או פיצול דמי לידה/דמי חופשה למאמצת

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

פרטי התובעת تفاصيل مقدم الطلب

—

שם פרטי שם משפחה اسم العائلة		מספר זהות / رقم الهوية الرقم الإضافي	
(כתובת הרשומה במשרד הפנים) (العنوان المسجل في وزارة الداخلية)			
רחוב / תא דואר شارع / صندوق بريد	מס' בית رقم البيت	כניסה مدخل	דירה شقة
טלפון קווי / هاتف أرضي		טלפון נייד / هاتف خلوي	
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה) عنوان للرسائل (إن كان مختلفاً عن العنوان المفصل أعلاه)		דואר אלקטרוני / بريد إلكتروني	
רחוב / תא דואר شارع / صندوق بريد		מס' בית رقم البيت	
כניסה مدخل		דירה شقة	
יישוב بلدة		מיקוד الرمز البريدي	

2

פרטי חשבון הבנק של התובעת תفاصيل حساب البنك التابع لمقدم الطلب

שמות בעלי החשבון		אִסְמָא אַחְבָּא חֲשׁוּבוֹ		סוג חשבון / نوع الحساب:	
				☐ שְׂכֵינִי ☐ קִיבוּץ	
מס' הבנק / رقم البنك		שם הסניף / כתובתו / اسم الفرع / عنوانه		מס' סניף / رقم الفرع	

אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיזמי כוח בחשבון, ולוודא להחתימם על טופס עדכון החשבון.

אני מסכימה שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיזמי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה.

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 מושגי התשלומים.

ألتزم بتبليغ مؤسسة التأمين الوطني عن أي تغيير في الشركاء بالحساب و/ أو أصحاب التوكيل في الحساب، والتأكد من توقيعهم على نموذج تحديث الحساب.

أوافق على أن يقدم البنك لمؤسسة التأمين الوطني حسب طلبها تفاصيل الشركاء في الحساب وأصحاب التوكيل فيه من حين لآخر، سواء خلال فترة الاستحقاق للمخصصات أو بعدها.

أوافق على ان يعيد البنك المذكور أعلاه الى مؤسسة التأمين الوطني حسب طلبها مبالغ من الحساب, اذا كانت المؤسسة قد اودعت في الحساب مبلغاً كاملاً او قسماً منه بالخطأ أو ليس وفقاً للقانون, وكذلك ان يعطي المؤسسة تفاصيل الذين سحبوا المبالغ المذكورة.

תאריך التاريخ
חתימת התובעת / توقيع مقدم الطلب X

תביעה בגין לידה / אימוץ מיום **طلب بدل ولادة / تبني ابتداء من تاريخ**

יום יום שנה שנה سنة

3

**תביעה להארכת דמי לידה / דמי חופשה למאמצת עקב אישפוז הילד / התובעת - יש לצרף אישור מבית חולים
 طلب تمديد مخصصات ولادة / بدل إجازة لأم متبنية في أعقاب مكوث الطفل/ مقدمة الطلب في المستشفى – يجب إرفاق تصريح من
 المستشفى**

אשפוז הילד / התובעת מכוּת הילד / מקדמה הילד מקדמה הילד / מקדמה הילד

☐ הילד / התובעת שוחרר מביה"ח לאחר הלידה / האימוץ בתאריך _____

☐ הילד / התובעת נשאר בבית"ח לאחר הלידה / האימוץ עד الطفل/ مقدمة الطلب بقيت في المستشفى بعد الولادة/ التبنى حتى تاريخ

[illegible]

תביעה לפיצול דמי לידה / דמי חופשה למאמצת עקב אשפוז הילד / התובעת
 יש לצרף אישורים מבית"ח ומהמעסיק (ראה דברי הסבר בדף המקדים)
طلب تقسيم مخصصات الولادة/ بدل إجازة لأم متبينة في أعقاب مكوث الطفل/ مقدمة الطلب في المستشفى
يجب إرفاق تصاريح من المستشفى ومن صاحب العمل (انظر الشرح في الصفحة الأولى)

אשפוז הילד / התובעת מכוף الطفل / مقدمة الطلب في المستشفى

☐ הילד / התובעת נשאר בביה"ח לאחר הלידה / האימוץ עד الطفل/ مقدمة الطلب بقي/ت في المستشفى بعد الولادة/ التبنى حتى تاريخ

☐ הילד / התובעת אושפז מחדש ביום _____ ת המספח מחדש / ת המספח מחדש בתיאריך _____ ועדין שוהה בבית החולים ומה זאל פי המספח

☐ הילד / התובעת אושפז מחדש ביום הפל / مقدمة الطلب دخل / ت المستشفى مجدداً بتاريخ

שְׁוֹחֲרֵר בְּיוֹם וְצֵרֵחַ בְּתַרִּיחַ _____

הצהרת התובעת **תסריח** **מقدمة الطلب**

6

1. ☐ טרם חזרתי לעבודה למ ארגע אל העמל בעד

2. ☐ חזרתי לעבודה ביום רגעת אל העל בתאריך

 חזרתי לחופשת לידה / אימוץ ביום רגעת אל תגזר לידה / תבני בתאריך

3. אני תובעת ☐ אطلب הארכת דמי לידה / דמי חופשה למאמצת עקב אשפוז הילד / התובעת.

تمديد مخصصات الولادة/ بدل إجازة لأم متبينة في أعقاب مكوث الطفل / مقدمة الطالب في المستشفى

☐ פיצול דמי לידה / דמי חופשה למאמצת עקב אשפוז הילד / התובעת.

تقسيم مخصصات الولادة/ بدل إجازة لأم متبينة في أعقاب مكوث الطفل / مقدمة الطلب في المستشفى

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.

أنا الموقعة أدناه أصرح بأن جميع التفاصيل التي قدمتها في هذا الطلب وملاحقه صحيحة وكاملة.

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

أعرف ان كل تغيير في أحد التفاصيل التي قمتها في هذا الطلب وملحقته، يؤثر على استحقاقي لمخصصات او على تراكم دين، وبناء على ذلك ألزمت بالتبليغ عن كل تغيير خلال 30 يوماً.

תאריך התאריך חתימת התובעת תوقيع مقدمة الطلب x