



עמוד 1 מתוך 2

**תביעה לתשלום קיצבת לידה  
לידת שלישיות או יותר**

אנא הקפד/י לחתום בסעיף ה'.  
קרא/י את דברי ההסבר שמעבר לדף

מס' זהות									
סוג		דפים		המסמך		סוג		מס' זהות	

**א. פרטי היולדת / התובעת**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
תאריך לידה	עיסוק	<input type="checkbox"/> עובדת שכירה <input type="checkbox"/> חברת קיבוץ / מושב שיתופי <input type="checkbox"/> עקרת בית <input type="checkbox"/> עובדת עצמאית משלמת דמי ביטוח בסניף המוסד ב- _____
כתובת	רחוב	מספר בית
	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
	מספר טלפון	מספר טלפון נייד

**ב. פרטי בן הזוג / התובע**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
תאריך לידה	עיסוק	<input type="checkbox"/> עובד שכיר <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ / מושב שיתופי <input type="checkbox"/> עובד עצמאי משלם דמי ביטוח בסניף המוסד ב- _____
כתובת	רחוב	מספר בית
	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
	מספר טלפון	מספר טלפון נייד

**ג. מקום תשלום - חשבון הבנק של התובעת/ת**

שם בעל החשבון	סוג החשבון	<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוץ
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מספר הסניף
		מספר החשבון

**ד. פרטי הילדים שבעדם תשולם הקיצבה - ראה דברי הסבר**

1. ילדתי ביום _____	2. שם בית החולים _____
3. פרטי הילדים	

שם הילד	מספר זהות	שם הילד	מספר זהות
1		4	
2		5	
3		6	

**ה. הצהרת התובעת/ת**

הנני מצהיר/ה בזה שכל הפרטים שנמסרו בתביעה זו ובצירופיה הם נכונים. אני מתחייב/ת להודיע על כל שינוי שיחול במצב הילדים ואני תובעת/ת תשלום קיצבת לידה. חשבון הבנק שמסרתי בתביעה הוא חשבוני. אני מסכים/ה שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום, שהוא כולו או חלקו, שולם בטעות או שלא כדין. ידוע לי שמסירת פרטים כוזבים בתביעה זו ובצירופיה, מהווה עבירה פלילית וכי אחיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק.

חתימת התובעת/ת

תאריך \_\_\_\_\_

## דברי הסבר לתובע/ת

1. יש למלא התביעה ולהגישה למוסד לביטוח לאומי תוך שנה מיום הלידה.  
**חובה לצרף אישור מהבנק שהחשבון שייך למבקש אן לחלופין המחאה מבוטלת.**
2. יש למלא בתביעה את החלקים:
  - א. "א. פרטי היולדת / התובעת" - למלא בכל תביעה.
  - ב. "ב. פרטי בן הזוג / התובע" - למלא רק במקרה של מינוי אפוטרופוס לילדים או שהיולדת אינה בחיים.
  - ג. "ג. מקום תשלום - חשבון הבנק של התובע/ת" - למלא בכל תביעה.
  - ד. "ד. פרטי הילדים שבעדם תשולם הקיצבה" - למלא רק את פרטי הילדים שנותרו בחיים בתום 30 יום מהלידה.
  - ה. "ה. הצהרת התובע/ת" - לציין תאריך ולחתום.
3. לקיצבת לידה זכאית יולדת המבוטחת למענק לידה ומענק אישפוז והיא ילדה, בלידה אחת, לפחות 3 ילדים שנותרו בחיים בתום 30 יום מהלידה.  
 אם היולדת אינה בחיים, זכאי לקיצבה בעלה, או האפוטרופוס על הילדים.
4. קיצבת לידה משולמת בעד תקופה המתחילה ב-1 בחודש שלאחר הלידה ומסתיימת לאחר עשרים חודשים.
5. קיצבת לידה לחודש הראשון, משולמת לפי מספר הילדים שהיו בחיים בתום 30 יום מהלידה. בשאר החודשים, לפי מספר הילדים שהיו בחיים ב-1 בחודש שבעדו משולמת הקיצבה.  
 לפיכך עליך להודיע לנו על כל שינוי שיחול במצב הילדים.
6. שיעור קיצבת לידה נגזר באחוזים מהשכר הממוצע במשק והולך ופוחת בחלוף הזמן מהלידה.

גיל הילדים / מס' ילדים	עד 3 ח'	4 - 6 ח'	7 - 9 ח'	10 - 12 ח'	13 - 20 ח'
	3 ילדים	128	100	80	60
4 ילדים	170	135	110	75	44
5 ילדים	250	200	150	100	57

7. הודעה על ההחלטה בתביעה ומועד התשלום תשלח אליך בהקדם.
8. אם הנך זכאית לקיצבת לידה, הקיצבה תופקד בחשבון הבנק!