



תביעה לתשלום מענק לידה ומענק אשפוז וקצבת לידה בלידות סמוכות طلب لدفع منحة ولادة, منحة المكوث في المستشفى ومخصصات ولادة في حالات ولادة متقاربة

(טופס זה מיועד לתביעת מענקים לרגל לידה בבית חולים בחו"ל)
هذا النموذج مخصص لطلب منح عن ولادة في مستشفى خارج البلاد

חובה לצרף לטופס זה عليك إرفاق ما يلي

- לתביעה למענק אשפוז יש לצרף אישור על לידה בבית חולים, ואת חשבונית המפרטת את ההוצאות הקשורות ללידה, כמו כן יש לצרף קבלה על תשלום דמי אשפוז או אישור על תשלום פרמיה של היולדת לחברת הביטוח ששילמה את הוצאות הלידה.
يجب إرفاق تبليغ ولادة من المستشفى لطلب منحة المكوث, فاتورة تفصل المصاريف المتعلقة بالولادة, يجب أيضا إرفاق وصل دفع تكاليف رسوم المكوث في المستشفى أو تصريحاً عن دفع رسوم علاوة لشركة التأمين التي دفعت تكاليف المكوث.
- אם נולד תינוק במשקל עד 1750 גרם ואושפז במחלקה לטיפול בילודים לפחות 4 ימים, יש להמציא על כך אישור נפרד, וכן חשבונית וקבלה על ההוצאות.
يجب إرفاق إثبات منفصل إضافة إلى فاتورة ووصل عن المصاريف إذا كان وزن المولود أقل من 1750 غم ووضع في قسم العناية بالمواليد لمدة 4 أيام على الأقل.
- אם אין ברשותך תעודת זהות ישראלית, יש לצרף אישור על ניהול חשבון בנק שלך או חשבון משותף, בו ברצונך לקבל את תשלום הגמלה.
إذا كنت لا تملك بطاقة هوية اسرائيلية، يجب إرفاق تصريح عن حساب البنك التابع لك أو حساب مشترك, تريد تلقي المخصصات فيه.

לידיעתך لعلمك

- לפי החוק, יש להגיש את התביעה בתוך 18 חודשים מיום הלידה.
وفقاً للقانون, يجب تقديم الطلب خلال 18 شهراً من تاريخ الولادة.
- ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, ישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.
يمكنك استلام المكاتيب بواسطة البريد الالكتروني بدلاً من البريد. لذا، عليك تعبئة تفاصيل البريد الالكتروني في الطلب. سيرسل اليك بريد الكتروني لمشاهدة المکتوب بشكل آمن في موقع الانترنت الشخصي للتأمين الوطني بدلاً من البريد.
- טופס זה מיועד גם לתביעת קצבת לידה של יותר משני ילדים שלא בלידה אחת, ובלבד שההפרש בין לידה ללידה אינו עולה על 98 יום.
هذا النموذج مخصص لطلب مخصصات ولادة لأكثر من مولودين في ولادات مختلفة أيضاً, فقط إذا كان الفرق بين مواعيد الولادتين أقل من 98 يوماً.
- מומלץ לבדוק זכאותך לתשלום דמי לידה וקצבת ילדים.
من المفضل فحص استحقاقك لتلقي مخصصات إجازة الأمومة والأولاد.

כיצד יש להגיש את התביעה

كيفية تقديم الطلب

את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן: 
 تستطيع تقديم الطلب مع الاثباتات اللازمة في احدى الطرق التالية:

- למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 تعبئة الطلب في موقع التأمين الوطني www.btl.gov.il وارساله عبر الانترنت مع المستندات الإضافية لفرع التأمين الوطني التابع لمكان سكنك.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 تعبئة الطلب خطياً ونسخه ضوئياً مع المستندات الإضافية ومن ثم ارساله بواسطة موقع الانترنت/ارسال مستندات.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
 ارساله بواسطة البريد، فاكس أو صندوق الخدمة المتواجد في الفرع الموجود في مكان سكنك.
- לשאלות ולבירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.
 للأسئلة والاستفسار عليك التوجه لهاتف رقم *6050 أو 04-8812345، أو الاستعانة بموقع الانترنت www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

التوقيع على نموذج الطلب إلزامي



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
גמלאות אמהות
مؤسسة التأمين الوطني
مديرية المخصصات
مخصصات الأمومة

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון
סוג המסמך
דפים

**תביעה לתשלום מענק לידה ומענק
אשפוז וקצבת לידה בלידות סמוכות**
طلب لدفع منحة ولادة ومنحة المكوث في
المستشفى ومخصصات ولادة في حالات ولادة
متقاربة

פרטי התובעת

1

تفاصيل مقدمة الطلب

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	תאריך לידה تاريخ الميلاد	מספר זהות رقم الهوية
רווקה عزباء	נשואה متزوجة	גרושה مطلقة	אלמנה أرملة
מצב משפחתי: الحالة الاجتماعية:			

**כתובת (הרשומה במשרד הפנים)
العنوان (المسجل في وزارة الداخلية)**

רחוב / תא דואר شارع/صندوق البريد	מס' בית رقم المنزل	כניסה المدخل	דירה الشقة	יישוב البلدة	מיקוד رقم المنطقة
טלפון קווי رقم الهاتف	טלפון נייד الهاتف الخليوي	דואר אלקטרוני البريد الإلكتروني			

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:
إذا لم يكن الهاتف المحمول أو البريد الإلكتروني ملكك – يرجى استكمال التفاصيل التالية:

שם משפחה של איש קשר اسم عائلة جهة الاتصال	שם פרטי של איש קשר الاسم الشخصي لجهة الاتصال	מס' זהות של איש קשר رقم هوية جهة الاتصال ס"ב الرقم الاضافي
--	---	---

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. ארצות אסלאם الرسائل التي تتضمن معلومات شخصية في القنوات الرقمية (رسائل نصية (SMS), بريد إلكتروني), بدلاً من البريد العادي. لعلمك، إذا لم تشر "أنا أرفض"، فسيتم إرسال إشعارات بشأن مسائل التأمين الوطني عبر القنوات الرقمية، وفقاً للمعلومات التي قدمتها.

**מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)
العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن العنوان أعلاه)**

רחוב / תא דואר شارع/صندوق البريد	מס' בית رقم المنزل	כניסה المدخل	דירה الشقة	יישוב البلدة	מיקוד رقم المنطقة
-------------------------------------	-----------------------	-----------------	---------------	-----------------	----------------------

פרטי התובעת - המשך

تفاصيل مقدمة الطلب - تكلمة

עיסוק היולדת (נא לסמן ✓ במשבצת המתאימה):

عمل المرأة (ضع اشارة في المربع الملائم):

אינה עובדת - עקרת בית
لا تعمل - ربة بيت

עובדת שכירה החל מתאריך: _____ שם המעביד האחרון: _____
عاملة اجيرة ابتداءً من تاريخ: _____ اسم صاحب العمل الأخير:

כתובת: _____ (נא לצרף אישור מהמעביד)
عنوانه: _____ (الرجاء ارفاق اثبات من صاحب العمل)

עובדת עצמאית משלח היד: _____ כתובת העסק: _____
عاملة مستقلة المهنة: _____ عنوان المشغل:

משלמת דמי ביטוח בסניף _____
تدفع رسوم تأمين في فرع _____

פרטי בן הזוג

2

تفاصيل الزوج

<p>מספר זהות رقم الهوية ס"ב</p> <p>_____</p>	<p>תאריך לידה تاريخ الميلاد</p> <p>שנה _____ חודש _____ יום _____</p>	<p>שם פרטי الاسم الشخصي</p> <p>_____</p>	<p>שם משפחה اسم العائلة</p> <p>_____</p>
--	---	--	--

עיסוק בן הזוג (נא לסמן ✓ במשבצת המתאימה):

عمل الزوج (ضع اشارة في المربع الملائم):

אינו עובד מתאריך _____ מקורות הקיום _____
لا يعمل منذ تاريخ _____ مصادر المعيشة

משלם דמי ביטוח בסניף _____

עובד שכיר מתאריך: _____ שם המעביד האחרון: _____
عامل اجير منذ تاريخ: _____ اسم صاحب العمل الأخير:

כתובת: _____ (נא לצרף אישור מהמעביד)
عنوانه: _____ (الرجاء ارفاق اثبات من صاحب العمل)

עובד עצמאי משלח היד: _____ כתובת העסק: _____
عامل مستقل المهنة: _____ عنوان المشغل:

משלם דמי ביטוח בסניף _____
يدفع رسوم تأمين في فرع _____

פרטי חשבון הבנק של התובעת
تفاصيل حساب بنك مقدمة الطلب

שמות השותפים לחשבון اسماء أصحاب الحساب		סוג חשבון نوع الحساب	
		<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוצי خاص <input type="checkbox"/> كيبوتس	
שם הבנק اسم البنك	שם הסניף / כתובתו اسم الفرع/عنوانه	מס' סניף رقم الفرع	מספר חשבון رقم الحساب

אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכימה שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה. 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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל /או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי היא עלי להמציאם לפי דרישה.

ألتزم بإبلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أيّ تغيير قد يطرأ على هوية الشركاء في حساب البنك و/أو المفوضين في الحساب، والحصول على توقيعهم على استمارة تحديث الحساب. أوافق بأنّ يقوم البنك من حين إلى آخر بتزويد مؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، بتفاصيل الشركاء والمفوضين، وذلك خلال فترة الاستحقاق أو بعدها.

أوافق أن يقوم البنك بإعادة الأموال المودعة في حسابي لمؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، وذلك في حال قامت المؤسسة بتحويل مبلغ ما إلى حسابي بالخطأ أو بشكل غير قانوني، سواء كان كاملاً أو جزئياً. كما ويجوز للبنك تزويد المؤسسة بتفاصيل الأشخاص الذين قاموا بسحب الأموال.

أوافق بأن تتوجه المؤسسة للبنك المذكور أعلاه، بواسطة الاتصالات المحوسبة، لغرض التحقق من ملكيتي لحساب البنك أعلاه وتزويدها بالمعلومات الضرورية لهذا الغرض. وبدلاً من ذلك، معلوماً لدي بأن المؤسسة تستطيع طلب مستندات وثبانات إضافية من أجل التحقق من تفاصيل حساب البنك المصرح عنه أعلاه ويجب على أرفاقها حسب الطلب.

תאריך _____ שם השותף/ים _____ מס' ת"ז _____ חתימה _____ X

تاريخ _____ اسم الشريك/ة _____ رقم الهوية _____ التوقيع _____ X

הצהרה
تصريح

5

אני מצהירה בזה שכל הפרטים שנמסרו בתביעה זו ובצרופותיה הם נכונים ואני תובעת :

أنا الموقع أدناه أصرّح بهذا أنّ جميع التفاصيل التي قدّمت ضمن هذا الطلب وملاحقه صحيحة وأطلب:

תשלום מענק אשפוז תשלום מענק לידה תשלום קצבת לידה בלידות סמוכות
 دفعة منحة مكوث في المستشفى دفعة منحة الولادة دفعة مخصصات ولادة في حالات ولادة متقاربة

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין 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 בתוך 30 יום.

أعلم أنّ تزويد تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات تعتبر مخالفة للقانون، وأنّ الشخص الذي يقوم، بالعلم أو الاحتيال، للمصادقة على دفع المخصّصات وفق هذا القانون، أو زيادتها عن طريق إخفاء تفاصيل ذات أهمية، سيعاقب بدفع غرامة أو بالسجن.

أعلم أنّ أيّ تغيير في أحد تفاصيل هذا الطلب أو ملاحقه قد يؤثّر على استحقاقي للمخصّصات أو على تراكم دين، لهذا ألتزم بالتبليغ عن أيّ تغيير خلال 30 يوم.

חתימת התובעת ✕

תאריך _____

תوقيع مقدمة الطلب ✕

تاريخ _____

