

בדיקת זכאות

מצב משפחתי של היולדת (למילוי ע"י פקיד תביעות אימהות בביטוח הלאומי)					
6					
<input type="checkbox"/> נשואה : שם הבעל _____ תאריך נישואין _____					
<input type="checkbox"/> לא נשואה: שם בן הזוג _____					
דרכון בתוקף עד ליום _____ תוקף אשרה – מיום _____ ועד יום _____					
כתובת היולדת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
כתובת בן הזוג (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

פרטים על תעסוקה/עבודה (עפ"י אישורים בלבד) (למילוי ע"י פקיד תביעות אימהות בביטוח הלאומי)					
7					
פרטי היולדת					
מס' תיק	שם מעביד אחרון	עד תאריך	החל מתאריך		<input type="checkbox"/> עובדת שכירה
	ד.ב. שולמו בסניף	עד תאריך	החל מתאריך		<input type="checkbox"/> עובדת עצמאית
<input type="checkbox"/> אינה עובדת ואינה עובדת עצמאית					
<input type="checkbox"/> אינה מבוטחת		<input type="checkbox"/> מבוטחת לפי סעיף 40(א)(2)		<input type="checkbox"/> מבוטחת לפי סעיף 40(א)(1)	
פרטי בן הזוג					
מס' תיק	שם מעביד אחרון	עד תאריך	החל מתאריך		<input type="checkbox"/> עובד שכיר
	ד.ב. שולמו בסניף	עד תאריך	החל מתאריך		<input type="checkbox"/> עובד עצמאי
<input type="checkbox"/> אינו עובד ואינו עובד עצמאי					
<input type="checkbox"/> אינו מבוטח		<input type="checkbox"/> מבוטח לפי סעיף 40(א)(2)		<input type="checkbox"/> מבוטח לפי סעיף 40(א)(1)	

אל בית החולים: הבקשה בבירור ועם תום בדיקתנו נודיע לכם את החלטתנו

תאריך: _____ שם פקיד התביעות _____ חתימה וחותמת המוסד **x** _____