



תביעה לתשלום דמי לידה ליולדת طلب تلقي مخصصات ولادة / إجازة أمومة

חובה לצרף לטופס זה

عليك إرفاق ما يلي

- אם מוגשת תביעה לפני הלידה – על רופא נשים למלא ולאשר את סעיף 4.4 - אין להגיש תביעה לפני שמלאו 31 שבועות של הריון ובתנאי שהפסקת לעבוד לפני הלידה.
إذا قَدّم الطلب قبل الولادة – يجب على طبيب النساء تعبئة ومصادقة البند 4.4. لا يُقدّم الطلب إذا لم يمر 31 أسبوعاً على الحمل بعد، شرط أن تتوقفي عن العمل قبل الولادة.
- אם מוגשת תביעה בעקבות לידה שארעה בבית או בבית חולים בחו"ל – יש לצרף אישור רשמי על הלידה.
إذا قَدّم الطلب إثر ولادة حصلت في البيت أو في مستشفى خارج البلاد – يجب إرفاق إثبات رسمي عن الولادة.
- אם חלו שינויים בשכר ב-6 החודשים שקדמו להפסקת העבודה, מסיבה רפואית או מסיבה שלא צוינה ע"י המעסיק – יש להמציא אישור מתאים.
إذا طرأت تغييرات في الأجر خلال الأشهر الستة التي سبقت التوقف عن العمل, لسبب طبي أو سبب لم يذكره صاحب العمل – يجب إرفاق إثبات ملائم.
- אם את בעלת שליטה או קרובת משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 11
إذا كنت صاحب سيطرة أو قريب لعائلة ذات سيطرة أو صاحب أسهم في شركة, يجب تعبئة التصريح في البند 11.
- 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.

👉 **תובעת דמי לידה - את התביעה ניתן להגיש לאחר הפסקת העבודה, בתנאי שנתרו פחות מ- 9 שבועות למועד הלידה המשוער.**

للمرأة التي تطلب مخصصات ولادة - يمكن تقديم الطلب بعد التوقف عن العمل, شرط أن يكون باقي أقل من-9 أسابيع لموعد الولادة المتوقع.

👉 **במקרים הבאים, התביעה נקלטת באופן אוטומטי ואין צורך בהגשת התביעה:**

- אם את עובדת שכירה אצל מעסיק שנמצא בהסדר אוטומטי עם המוסד לביטוח הלאומי.
 - אם את עובדת עצמאית המשלמת דמי ביטוח כעובדת עצמאית.
 - אם קיבלת גמלה לשמירת הריון עד הלידה.
 - אם קבלת דמי אבטלה עד חודש לפני הלידה.
- في الحالات التالية, لا داعي لتقديم طلب لأن الطلب يسجل تلقائياً:**
- إذا كنت أجيبة في مكان عمل لديه اتفاقية تلقائية مع مؤسسة التأمين الوطني.
 - إذا كنت مستقلة وتدفعين رسوم التأمين كمستقلة.
 - إذا تلقيتي مخصصات الحفاظ على الحمل.
 - إذا تلقيتي مخصصات بطالة حتى شهر قبل الولادة.

אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד, על כל מעסיק למלא את חלקו בנפרד. إذا كنت قد عملت لدى أكثر من صاحب عمل واحد, فيجب على كل صاحب عمل ملء جزءه بشكل منفصل.

👉 **לפי החוק את התביעה יש להגיש תוך שנה מיום הזכאות הראשון. وفقاً للقانون, يجب تقديم الطلب خلال سنة من يوم الاستحقاق الأول.**

👉 **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 المكاتب بواسطة البريد الالكتروني بدلاً من البريد. من أجل ذلك, عليك تعبئة تفاصيل البريد الالكتروني في الطلب. سيرسل اليك بريد الكتروني لمشاهدة المکتوب بشكل آمن في موقع الانترنت الشخصي للتأمين الوطني بدلاً من البريد.

כיצד יש להגיש את התביעה כيفية 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.
لأسئلة 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

العنوان البريدي (إذا كان مختلفا عن العنوان أعلاه)					
מיקוד رقم المنطقة	יישוב البلدة	דירה الشقة	כניסה المدخل	מס' בית رقم المنزل	רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد

2 פרטי חשבון הבנק של התובעת

تفاصيل حساب بنك مقدمة الطلب

סוג חשבון: נוע الحساب		שמות בעלי החשבון اسماء أصحاب الحساب			
<input type="checkbox"/> פרטי خاص <input type="checkbox"/> אחר آخر					
מספר חשבון رقم الحساب	מס' סניף رقم الفرع	שם הסניף / כתובתו اسم الفرع/عنوانه		שם הבנק اسم البنك	

3 פרטי הלידה – יש לצרף אישור מקורי מביה"ח רק במקרה של לידה בחו"ל או בבית
تفاصيل الولادة – يجب إرفاق إثبات أصلي من المستشفى فقط في حالة ولادة خارج البلاد أو في البيت

האם בכוונתך להתחלק עם בן הזוג בתקופת הלידה וההורות? هل تنوين أن تتبادلي مع زوجك فترة الولادة وتربية الأطفال? <input type="checkbox"/> כן نعم <input type="checkbox"/> לא كلا	אם חזרת לעבודה, נא צייני תאריך: إذا عدت إلى العمل, سجلي التاريخ _____ / _____ / _____ שנה חודש יום سنة شهر يوم	מס' הילדים בלידה הנוכחית عدد الأولاد في الولادة الحالية _____	שם ביה"ח اسم المستشفى _____	תאריך הלידה تاريخ الولادة _____ / _____ / _____ שנה חודש יום سنة شهر يوم
---	---	---	-----------------------------------	--

4 אישור רפואי - למילוי ע"י רופא נשים לתובעת שטרם ילדה

إثبات طبي – على طبيب النساء تعبئة هذا البند إذا لم تحصل الولادة بعد

הנני מאשר שבדקתי את הגב' أصرح بأنني فحصت السيدة	שם משפחה اسم العائلة _____	שם פרטי الاسم الشخصي _____	ביום _____ / _____ / _____ שנה חודש יום سنة شهر يوم
מס' שבועות של הריון عدد أسابيع الحمل _____	תאריך לידה משוער تاريخ الولادة المتوقع _____ / _____ / _____ שנה חודש יום سنة شهر يوم	שם רופא הנשים اسم طبيب النساء _____	
חתימה וחותמת הרופא * توقيع وختم الطبيب			

5 פרטים על מקום העבודה האחרון

تفاصيل عن مكان العمل الأخير

שם המעסיק/המפעל اسم مكان العمل/المصنع _____	עיסוקך/תפקידך במקום העבודה مهنتك/وظيفتك في مكان العمل _____	תאריך הפסקת עבודה تاريخ التوقف عن العمل _____ / _____ / _____ שנה חודש יום سنة شهر يوم
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין מעסיקך <input type="checkbox"/> לא		

هل توجد صلة قرابة بينك وبين صاحب العمل كلا

כן, סוג הקרבה: _____ - נא מלאי הצהרה בסעיף 11 בטופס.
 نعم, نوع القرابة: _____ - الرجاء تعبئة التصريح في البند 11 من الطلب.

אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה צייני את שמות המעסיקים והאם ישנה קרבה משפחתית בינכם:
 إذا عملت لدى أكثر من مكان عمل واحد في السنة الأخيرة، سجلي أسماء أماكن العمل وهل توجد قرابة عائلية بينكم:

שם המעסיק اسم صاحب العمل	קרבה משפחתית قرابة عائلية	שם המעסיק اسم صاحب العمل	קרבה משפחתית قرابة عائلية
<input type="checkbox"/> לא كلا	<input type="checkbox"/> לא كلا	<input type="checkbox"/> לא كلا	<input type="checkbox"/> לא كلا
<input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה نعم, نوع القرابة	<input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה نعم, نوع القرابة	<input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה نعم, نوع القرابة	<input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה نعم, نوع القرابة

האם הנך בעלת מניות ו/או בעלת שליטה? לא כן – עליך למלא את ההצהרה בסעיף 11 בטופס
 هل انت صاحب أسهم و/أو صاحب سيطرة؟ نعم لا – يجب تعبئة التصريح في البند 11 من الطلب.

6

אם לא עבדת ברציפות בשנה האחרונה, אנא מלאי חלק זה לגבי השנתיים האחרונות וצרפי אישורים מתאימים
 إذا لم تعمل بشكل متواصل في السنة الأخيرة، الرجاء تعبئة هذا القسم حول السنتين الأخيرتين وإرفاق الإثباتات المناسبة

1. שם מעסיק קודם _____ עבודה מתאריך: _____ / _____ / _____ עד: _____ / _____ / _____
 اسم صاحب العمل السابق العمل من تاريخ: سنة / شهر / يوم حتى: سنة / شهر / يوم

2. עבודה כעצמאית מתאריך: _____ / _____ / _____ עד: _____ / _____ / _____
 عملي كمستقلة من تاريخ: سنة / شهر / يوم حتى: سنة / شهر / يوم

3. קיבלתי מהמוסד לביטוח לאומי גמלת: _____
 تلقيت من مؤسسة التأمين الوطني مخصصات: _____

דמי לידה/דמי חופשה למאמץ דמי אבטלה גמלה לשמירת הריון דמי פגיעה דמי תאונה
 مخصصات ولادة/مخصصات إجازة لمتبني مخصصات بطالة مخصصات حفاظ على الحمل مخصصات إصابة مخصصات حادث

קיבלתי תשלום מקרן חופשה שהיתי בהכשרה מקצועית
 تلقيت دفعة من صندوق العطلة كنت في تدريب مهني

4. שרתתי בצה"ל מ _____ / _____ / _____ עד _____ / _____ / _____ מס' אישי _____
 خدمت في الجيش من سنة / شهر / يوم حتى سنة / شهر / يوم الرقم الشخصي _____
 קבע סדיר קבע עادي

5. שהיתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מתאריך: _____ / _____ / _____ עד: _____ / _____ / _____
 كنت في عطلة بدون مقابل في الفترة من تاريخ: سنة / شهر / يوم حتى: سنة / شهر / يوم

אם יש לך פטור מלא או חלקי ממס הכנסה, נא צרפי אישור מתאים ממס הכנסה
 إذا كنت معفي من الضريبة كلياً أو جزئياً، الرجاء إرفاق إثبات من ضريبة الدخل

הצהרת התובעת

תסריח מִקְדֵּמֶה הַטֵּלֵב

אני החתומה מטה תובעת גמלת דמי לידה ומצהירה בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין 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 יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכימה שהבנק 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 ו/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 יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

אֲנִי הַמּוֹעֵד אֲדָנָה אֲסַרְחַ בְּהַזָּה אֲנִי כֻּלֵּי הַתְּפָאִיִּל הַלֵּי קִדְמַת זֶה הַטֵּלֵב וּמִלַּחֲקָה שְׂחִיכָה וְכֻלָּה. אֲעִלֵּם אֲנִי תְּזוּיִד תְּפָאִיִּל גִּיר שְׂחִיכָה אוֹ אִחְפָּא מַעְטִיָּאִת תַּעְתִּיר מַחֲאָלָה לְלֻקָּאנוֹן, וְאֲנִי הַשִּׁיחַשׁ הַלֵּי יַעֲקוֹם, בַּעֲלֵם אוֹ הַאֲחִיָּאִל, לְלֻמְאָדָה עַלֵּי דַפַּע הַמְּחֻסָּאִת וּפִקֵּ הַזֶּה הַלֻּקָּאנוֹן, אוֹ זִיאִדְתָּהָ עַן טְרִיק אִחְפָּא תְּפָאִיִּל זָאֵת אִהְמִיָּה, סִיעַאֲבִב בַּדַּפַּע גְּרָאָה אוֹ בַּלְסַגְן. אֲעִלֵּם אֲנִי אֵי תַגְבִּיר פִּי אֵחַד תְּפָאִיִּל הַזֶּה הַטֵּלֵב אוֹ מִלַּחֲקָה קַד יוֹזֵר עַל אִסְחָקָאִי לְלֻמְחֻסָּאִת אוֹ עַלֵּי תְּרָאֲכִם דִּינִי, לְהַזָּה אֲלִתְרַם בַּתְּבִלִּיעַ עַן אֵי תַגְבִּיר כְּלָל 30 יוֹם.

אֲוָפִק אֲנִי יַעֲקוֹם הַבֵּנֵק בְּאִעָדָה הָאִמּוֹאִל הַמוֹדַעָה פִּי חֲסָאֲבִי לְמוֹסָסָה הַתְּאָמִין הַרְטֻנִּי, חֲסַב טְלִבְהָא, זֶלֶק פִּי חָאֵל קָאֵמַת הַמוֹסָסָה בְּתַחְוִיל מִבְּלַגַּם מָא אֵלֵי חֲסָאֲבִי בַּחֲטָא אוֹ בְּשִׁכֵּל גִּיר קָאנוֹנִי, סוּאָה קָאֵן כָּאֵמֵלָא אוֹ חֲזַנְיָא. כֻּמָּא וַיַּגְזוֹר לְלֵבֵנֵק תְּזוּיִד הַמוֹסָסָה בְּתְּפָאִיִּל הָאִשְׁחָשׁ הַלֵּינִי קָאֵמּוּא בַּסַּחֲבִי הָאִמּוֹאִל.

אֲוָפִק בָּאֵן תַּתְּוַּגֵּה הַמוֹסָסָה לְלֵבֵנֵק הַמְּזְכּוֹר אֲעִלָּה, בּוּאִסְטָה הַאֲתַסְאִלָּאֵת הַמְּחוּסָּבָה, לְגַרְזֵן הַתְּחַקֵּק מִן מִלְכִּיתִי לְחֲסָאֲבִי הַבֵּנֵק אֲעִלָּה וְתְּזוּיִדְהָא בַּמַּעֲלּוֹמָאֵת הַצְּרּוּרִיָּה לְהַזָּה הַגְּרֻז. וַיַּדְלָא מִן זֶלֶק, מַעֲלּוֹמָא לְדִי בָּאֵן הַמוֹסָסָה תַּסְטַיִעַ תְּלַב מִסְתַּנְדָּאֵת וְאִתְּבָאֵתֵּת אִזְאִפִּיָּה מִן אֲגֵל הַתְּחַקֵּק מִן תְּפָאִיִּל חֲסָאֲבִי הַבֵּנֵק הַמְּסַרְח עִנֵּה אֲעִלָּה וַיַּחֲבִיב עַלֵּי אֲרַפָּאָהָ חֲסַב הַטֵּלֵב.

תאריך _____ חתימת התובעת X
 תאריך _____ תوقيع مقدمة الطلب

למילוי ע"י המעסיק – רק לאחר הפסקת עבודה

לلتעבנה לדי סאב העמל – פקט בעד התוקפ ענ העמל

מספר פקס رقم الفاكس		טלפון קווי رقم الهاتف		מספר תיק בב. לאומי رقم الملف في التأمين الوطني		שם המעסיק اسم صاحب العمل	
מיקוד رقم المنطقة		יישוב البلدة		דירה الشقة		מס' בית رقم المنزل	
						רחוב شارع	
הנני מאשר כי גברת أصرح بأن السيدة							
שם משפחה اسم العائلة		פרטי الشخصي		עיסוק/תפקיד مهنة / وظيفة		ת. זהות رقم الهوية	
						ס"ב	
החלה לעבוד אצלי ביום بدأت العمل لدي في تاريخ		עבדה עד יום כולל יום זה عملت حتى تاريخ – يشمل هذا اليوم		שכרה שולם دفع أجرها		האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובדת? هل يوجد صلة قرابة بينك وبين العاملة? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג קרבה _____ نعم, نوع القرابة _____	
שנה _____ חודש _____ יום _____ سنة شهر يوم		שנה _____ חודש _____ יום _____ سنة شهر يوم		<input type="checkbox"/> בבנק في البنك <input type="checkbox"/> בהמחאה بحوالة <input type="checkbox"/> במזומן نقدي <input type="checkbox"/> אחר			

תנאי העבודה והשכר

שروط العمل والأجر

1. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבדה: ברציפות שלא ברציפות, פרט: _____
 عملت في السنتين الأخيرتين قبل التوقف عن العمل: بشكل متواصل ليس بشكل متواصل, فصلت: _____

שנת שבתון/השתלמות מתאריך _____ עד _____
 سنة توقف عن العمل/استكمال من تاريخ _____ حتى _____

חופשה ללא תשלום מתאריך _____ עד _____
 عطلة بدون مقابل من تاريخ _____ حتى _____

אחר, פרט: _____ מ _____ עד _____
 آخر, فصلت: _____ من _____ حتى _____

2. מס' ימי עבודה בשבוע _____
 عدد أيام العمل أسبوعياً _____

3. פרוט שכרה (בש"ח) ב-10 חודשים שקדמו להפסקת עבודתה (אף אם אינם רצופים).
 تفاصيل الأجر (بالشيكل) في العشرة أشهر الأخيرة قبل التوقف عن العمل (حتى لو لم تكن متواصلة).

יש לרשום הסכומים כולל הפרשים ותשלומים בנוסף לשכר הרגיל (כגון הבראה, ביגוד, מענק חד-פעמי וכד').
 يجب تسجيل المبالغ يشمل الفروقات والدفعات بالإضافة للأجر العادي (مثل: نقاهة, ملابس, منحة استثنائية وما شابه).

שנה/ חודש	השכר החייב במס الأجر الملزم بالضريبة	השכר החייב בדמי ביטוח الأجر الملزم برسوم تأمين	דמי ביטוח שנוכו מהשכר رسوم التأمين التي خصمت من الأجر	בסיס השכר (חודשי, יומי, שכר לשעה) الأجر الأساسي (شهري, يومي, أجر للساعة)	אחוז משרה نسبة الوظيفة	מס' ימי עבודה בשכר عدد أيام العمل بأجر	שעות עבודה ساعات العمل	מס' ימים עבורם לא שולם שכר عدد الأيام التي لم يدفع أجر مقابلها
								ס"ב السبب

										2
										3
										4
										5

המשך:
תכלה:

										6
										7
										8
										9
										10

4. פרוט הפרשים והתשלומים הנוספים שנכללו בסעיף 3 ב- 6 החודשים שקדמו להפסקת העבודה:
 كشف الفروقات والدفعات الإضافية التي شملت في البند 3 في السنة الأخيرة قبل التوقف عن العمل:

מהות התשלום ماهية الدفع	עבור תקופה عن الفترة		שולם (נח) دفع (بالشيكل)	בחודש في شهر	
	עד תאריך حتى تاريخ	מתאריך من تاريخ			
					1
					2
					3
					4

סיבה אחרת לשינויים בשכר
 سبب آخر للتغييرات في الأجر

10 הצהרת מעסיק
 تصريح صاحب العمل

אני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתה ובשכרה של העובדת כנדרש בחלק זה.
 أصرح بهذا بأنني قدمت كل التفاصيل المتعلقة بشأن عمل أو أجر الموظفة كما طلب في هذا البند.

_____ ✕ _____
 תאריך שם החותם ותפקידו חתימת וחותמת העסק/המפעל
 تاريخ اسم الموقع ووظيفته توقيع وختم مكان العمل

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד

تصريح للتعبئة فقط إذا كنت صاحب سيطرة أو قريب لعائلة ذات سيطرة أو صاحب أسهم في شركة

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל)

ماذا كانت وظيفتك في موعد استحقاق المخصصات؟ (تفاصيل العمل الذي قمتي به)

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

أين قمت بتنفيذ عملك؟ (يجب تسجيل العنوان)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

ما هي نسبة وظيفتك؟ (يجب تفصيل الأيام والساعات)

פרטי העובדת שהחליפה אותי במהלך תקופת לידה והורות: שם _____ ת.ז. _____

تفاصيل الموظفة التي تقوم بوظيفتك في فترة الولادة وتربية الأطفال: الاسم _____ رقم الهوية _____

הריני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

أصرح بأن المعطيات أعلاه صحيحة

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה ✕ _____

تاريخ _____ الاسم الشخصي والعائلة _____ توقيع ✕ _____
