



תביעה לתשלום גמלת הורים לאם طلب لدفع مخصصات والدين للأم

- למאמנת
لمتبنية/ة
- הורה במשפחת אומנה
والدة/ة في عائلة حاضنة
- אם מיועדת
الأم المقصودة

חובה לצרף לטופס זה

יגב ארפאק מא ילי

- באם מוגשת תביעה לרגל אימוץ בחו"ל – יש לצרף מסמכי אימוץ מתורגמים באישור נוטריון ולציין את מועד קבלת הילד.
- אذا قَدّم الطلب إثر تبنيّ ولد من خارج البلاد - يجب ارفاق مستندات التبني مترجمة بموافقة كاتب عدل مع تسجيل موعّد استلام الولد.
- באם מוגשת תביעה לרגל אימוץ בארץ – עובד סוציאלי ימלא ויאשר סעיף 4.
- אذا قَدّم الطلب إثر تبنيّ من البلاد – يجب تعبئة البند 4 والموافقة عليه من قِبَل عامل اجتماعي.
- באם מוגשת תביעה לרגל קבלת ילד לאומנה לשישה חודשים לפחות – עובד סוציאלי ימלא ויאשר סעיף 3. כמו כן, יש לצרף מסמך מאת משרד הרווחה על כך שאושרת לשמש כמשפחת אומנה.
- אذا قَدّم الطلب إثر تلقي ولد لعائلة حاضنة لفترة لا تقل عن 6 أشهر.
- באם חלו שינויים בשכר ב-6 החודשים שקדמו להפסקת העבודה, מסיבה רפואית או מסיבה שלא צוינה ע"י המעסיק – יש להמציא אישור מתאים.
- אذا حصلت تغييرات في الرواتب لل-6 أشهر الأخيرة التي سبقت موعّد التوقف عن العمل, لسبب طبي أو أي سبب لم يذكر من صاحب العمل – يجب ارفاق اثبات مناسب.

לידיעתך

لعلمك

- לפי החוק את התביעה יש להגיש תוך שנה מיום הזכאות הראשון.
- يجب تقديم الطلب خلال سنة من يوم تاريخ الاستحقاق (الاستلام).
- אם את בעלת שליטה או קרובת משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 8 בעמוד 3.
- אذا كنت صاحبة سيطرة أو لديك صلة قرابة لصاحب سيطرة أو صاحب أسهم في شركة فيجب عليك تعبئة التصريح في البند 8 في الصفحة رقم 3.
- ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, יישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.
- يمكنك استلام المكاتيب بواسطة البريد الالكتروني بدلا من البريد. لذا, عليك تعبئة تفاصيل البريد الالكتروني في الطلب. سيرسل اليك بريد الكتروني لمشاهدة المکتوب بشكل آمن في موقع الانترنت الشخصي للتأمين الوطني بدلا من البريد.

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 ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
تعبئة الطلب خطيًا ونسخه ضوئيًا مع المستندات الإضافية ومن ثم إرساله بواسطة موقع الانترنت/إرسال مستندات.
- לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
إرساله 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

טופס זה מנוסח בלשון נקבה אך פונה לנשים ולגברים כאחד
كتبت هذه الإستمارة بصيغة المذكر لكنها موجهة للنساء والرجال على حدّ سواء



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
مؤسسة التأمين الوطني
مديرية المخصصات

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון
סוג המסמך
דפים

תביעה לתשלום גמלת הורים לאם
طلب لدفع رسوم مخصصات والدين للأم

פרטי התובעת

1

תفاصيل مقدمة الطلب

שם משפחה (נוכחי) اسم العائلة (الحالي)	שם משפחה (לפני הנישואין) اسم العائلة (قبل الزواج)	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية ס"ב
<input type="checkbox"/> שכירה أجيرة	<input type="checkbox"/> עצמאית משלמת ד.ב. בסניף مستقلة أدفع رسوم تأمين وطني في فرع	עבדתי עד יום כולל יום זה عملت حتى هذا الموعد (يشمل هذا اليوم)	שנת לידה سنة الميلاد
מצב משפחתי: الحالة الاجتماعية:		<input type="checkbox"/> רווקה عزباء	<input type="checkbox"/> אלמנה أرملة

נשואה
متزوجة

גרושה
مطلة

ידועה בציבור
معروفة لدى الجمهور

פרטי בן הזוג
تفاصيل الزوج

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية ס"ב
-------------------------	-------------------------	--------------------------------

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

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

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.

לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. אرفض استلام الرسائل التي تتضمن معلومات شخصية في القنوات الرقمية (رسائل نصية (SMS), بريد إلكتروني), بدلاً من البريد العادي. לعلמך, إذا لم تشر "אני אرفض", فسيتم إرسال إشعارات بشأن مسائل التأمين الوطني عبر القنوات الرقمية، وفقاً للمعلومات التي قدمتها.

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסתך משכר ומפנסיה מוקדמת.
אם אתה מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה:
 אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים ולמשלמי הפנסיה המוקדמת שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי.

ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.
לעמך, لغرض معالجة الطلب سوف نتوجه إلى صاحب عملك حسب الحاجة، للحصول على بيانات دخلك من راتب ومعاش تقاعد مبكر، إذا كنت تعترض على ذلك، عليك الإشارة إلى التصريح التالي:

أرفض السماح للتأمين الوطني بالتوجه إلى أصحاب العمل ودافعي معاش التقاعد المبكر الخاص بي للحصول على تقرير رقمي (مחوسب) لمدخولاتي.
أعلم أنه بسبب رفضي، سيتعين علي تقديم اثباتات وقسائم راتب لغرض فحص استحقاقي.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

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

פרטי חשבון הבנק של התובעת

2

تفاصيل حساب بنك مقدمة الطلب

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

לאומנה – אישור מאת עובד סוציאלי המלווה את משפחת האומנה

3

لعائلة حاضنة - اثبات من العامل/ة الاجتماعي/ة المرافق للعائلة الحاضنة

הנני מאשר כי גב/מר
أوافق بهذا أن السيدة/

שם פרטי
الاسم الشخصي

שם משפחה
اسم العائلة

קבלו לביתם לאומנה למשך שישה חודשים לפחות את הילד:
استلموا للحضانة في بيتهم لفترة 6 أشهر على الأقل، الولد:

שם פרטי
الاسم الشخصي

שם משפחה
اسم العائلة

ביום
بتاريخ

תאריך לידה
تاريخ الميلاد

שנה
سنة

חודש
شهر

יום
يوم

ת.ז.
رقم الهوية

חתימה וחותמת עובד סוציאלי ✕
توقيع وختم العامل الاجتماعي

4
למאמץ
لعائلة متبنية

אישור מאת עובד סוציאלי:
موافقة من العامل/ة الاجتماعي/ة:

למאמץ בחו"ל – נא לציין את מועד קבלת הילד
لمتبنية خارج البلاد – الرجاء تسجيل موعد استلام الولد

הנני מאשר כי גב/מר _____ מס' זהות _____
أوافق بهذا أن السيدة/ _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____
اسم العائلة _____ الاسم الشخصي _____

קיבלו לביתם בכוונה לאמצו ביום _____ / _____ / _____ את הילד _____
استلموا لبيتهم لهدف حضائته بتاريخ _____
שנה _____ חודש _____ יום _____
سنة _____ شهر _____ يوم _____
שם פרטי _____
الاسم الشخصي _____

שנולד ב- _____ / _____ / _____
المولود بتاريخ- _____
שנה _____ חודש _____ יום _____
سنة _____ شهر _____ يوم _____

חתימה וחוקמת עובד סוציאלי X
توقيع وختم العامل/ة الاجتماعي/ة

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				
		<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td>سنة</td> <td>شهر</td> <td>يوم</td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום	سنة
שנה	חודש	יום				
سنة	شهر	يوم				

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין מעסיקך לא כן, סוג הקרבה: _____
هل توجد صلة قرابة بينك وبين صاحب العمل كلا نعم, نوع القرابة: _____

אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה צייני שמות מעסיקים:
إذا عملت لدى أكثر من مكان عمل واحد في السنة الأخيرة, سجلي أسماء أماكن العمل:

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

1. שם מעסיק קודם _____ עבודה מתאריך: _____ עד: _____
اسم صاحب العمل السابق العمل من تاريخ: _____ حتى _____
שנה / חודש / יום / שנה / חודש / יום / שנה / חודש / יום / שנה / חודש / יום
2. עבודה כעצמאית מתאריך: _____ עד: _____
عملي كمستقلة من تاريخ: _____ حتى: _____
שנה / חודש / יום / שנה / חודש / יום / שנה / חודש / יום / שנה / חודש / יום
3. קיבלתי מהמוסד לביטוח לאומי גמלת: _____
تلقيت مخصصات من التأمين الوطني: _____
- דמי לידה/דמי חופשה למאמץ דמי אבטלה גמלה לשמירת הריון דמי פגיעה
مخصصات أمومة / مخصصات أمومة لمتبني مخصصات بطالة مخصصات الحفاظ على الحمل إصابة عمل
- דמי תאונה קיבלתי תשלום מקרן חופשה שהיתי בהכשרה מקצועית
مخصصات إصابة تلقيت دفعة من صندوق العطل كنت في التأهيل المهني
4. שרתי בצה"ל מ _____ עד _____ מס' אישי _____ סדיר קבע
خدمت في الجيش من _____ حتى _____ الرقم الشخصي _____ منتظم تعيين
שנה / חודש / יום / שנה / חודש / יום / שנה / חודש / יום / שנה / חודש / יום
5. שהיתי בחופשה ללא תשלום בתקופה, מתאריך: _____
كنت في عطلة بدون أجر (معاش شهري) في الفترة, من تاريخ: _____
שנה / חודש / יום / שנה / חודש / יום / שנה / חודש / יום / שנה / חודש / יום

אם יש לך פטור מלא או חלקי ממס הכנסה – נא צרפי אישור מתאים ממס הכנסה
إذا كنت معفي كلياً أو جزئياً من ضريبة الدخل – الرجاء إرفاق اثبات من ضريبة الدخل.

7 הצהרת התובעת

תصريح مقدمة الطلب

אני החתומה מטה תובעת גמלת דמי חופשה ומצהירה 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 יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי תוך 30 יום.

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 מושכי התשלומים.

אני מסכימה 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 יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

أنا الموقع أدناه أصرّح بهذا أنّ جميع التفاصيل التي قدّمت ضمن هذا الطلب وملاحقه صحيحة وكاملة. 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.

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 واثباتات إضافية من أجل التحقق من تفاصيل حساب البنك المصرّح عنه أعلاه ويجب علي إرفاقها حسب الطلب.

תאריך

חתימת התובעת *

תאריך

תوقيع مقدمة الطلب

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

تصريح للتعبئة إذا كنت صاحب سيطرة أو صاحب أسهم في شركة فقط

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)

ת.ז.

פרטי העובדת שהחליפה אותי במהלך תקופת לידה והורות: שם

תفاصيل الموظفة التي تقوم بوظيفتك في فترة الولادة وتربية الأطفال:

الاسم _____ رقم الهوية _____

הריני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

أصرح بأن المعطيات أعلاه صحيحة

חתימה *

שם פרטי ומשפחה

תאריך

التوقيع

الاسم الشخصي واسم العائلة

تاريخ

למילוי ע"י המעסיק – רק לאחר הפסקת עבודה

9

للتعبئة لدى صاحب العمل – بعد التوقف عن العمل فقط

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

10

תנאי העבודה והשכר
شروط 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, فصل:
 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, فصل: _____ من _____ حتى _____
2. מס' ימי עבודה בשבוע _____
 عدد أيام العمل أسبوعيًا _____
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 سنة/ شهر	השכר החייב במס الأجر الملزم بالضريبة	השכר החייב בדמי ביטוח الأجر الملزم برسوم التأمين	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	
								מס' ימים عدد الأيام	סיבה السبب
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

תנאי העבודה והשכר – המשך
شروط العمل والأجر - تكملة

4. פרוט הפרשים והתשלומים הנוספים שנכללו בסעיף 3 ב- 4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה:
كشف الفروقات والدفعات الإضافية التي شملت في البند 3 في ال-4 أشهر 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

הצהרת מעסיק
تصريح صاحب العمل

11

אני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודה ובשכר של העובדת כנדרש בחלק זה.
أصّرَح بهذا بأني قدمت كل التفاصيل المتعلقة بشأن عمل أو أجر الموظفة كما طلب في هذا البند.

_____ x _____

חתימת וחותמת העסק/המפעל
توقيع وختم مكان العمل/المصنع

שם החותם ותפקידו
اسم الموقع ووظيفته

תאריך
تاريخ