



## תביעה להארכה או פיצול דמי לידה/גמלת הורים מאמצים طلب لتمديد أو تقسيم بدل ولادة/مخصصات والدين متبنين

### חובה לצרף לטופס זה יגב ארפאק האאלי להזה الاسامارة

- באאעה להארכה או פיצול עקב אשפוז ילד או יולדת – אישור מבית החולים על תקופות האשפוז. פא אאב לאמאא או אאב סבב מכוא אא או ואלדה פא המאאא – אאהדה מן המאאא אול אאראא המכוא.
- באאעה לפיצול – אישור מהמעסיק על חזרה לעבודה עקב הפיצול וחזרה לתקופת לידה והורות אחריה. פא אאב לאאאא המדה – אאאאא אאאב העמל עלא העודה אלל העמל סבב האאאא והעודה אלל אארה הולדה והולדה בעד אאא.

### ליאעהאך لعلمك

- ליאעהאך: אופס זה יש להגיש רק לאחר הגשת תביעה לדמי לידה. לעמك: אאב אאאאא אזה الاسامارة فقط بعد تقديم طلب بدل ولادة.
- לפי החוק, יש להגיש את התביעה אוך שנה מיום הזכאות הראשון לגמלה. بموجب القانون, أاب تقديم الطلب في غضون عام واحد من موعد الاستحقاق الأول للمخصصات.
- 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. يمكن استلام الرسائل عبر الإنترنت بدلاً من البريد. للقيام بذلك، أاب عليك ملء معلومات البريد الإلكتروني الخاصة بك في استمارة الطلب. بدلاً من رسالة عبر البريد، سيتم إرسال بريد إلكتروني إليك مع توجيهه بالاطلاع على الرسالة بشكل آمن على موقع الخدمة الشخصية التابع للتأمين الوطني.

### כיצד יש להגיש את התביעה كيفية تقديم الطلب

- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן: يمكن تقديم الطلب مع المستندات الإضافية كما يلي:
  - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il), ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
  - אעבה האאב פא מוע האאאא האאא [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il) ואرساله 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 مسحه ضوئياً مع المستندات الإضافية ومن ثم إرساله بواسطة موقع الانترنت/ارسال مستندات.

• לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.  
ارسال بواسطة البريد، فاكس أو صندوق الخدمة المتواجد في الفرع الموجود في مكان سكنك.

לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט, [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)  
للأسئلة والاستفسار عليك التوجه للمركز الهاتفي رقم 6050\* أو 04-8812345، أو التوجه عبر موقع الانترنت [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

### **חובה לחתום על טופס התביעה**

**التوقيع على استمارة الطلب إلزامي**

טופס זה מנוסח בלשון נקבה אך פונה לגברים ולנשים כאחד  
كتبت هذه الاستمارة بصيغة المؤنث لكنّها موجهة للنساء والرجال على حدّ سواء



המסוד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
مؤسسة التأمين الوطني  
إدارة المخصصات

תביעה להארכה או פיצול דמי  
לידה/גמלת הורים מאמצים  
طلب لتمديد أو تقسيم  
بدل الولادة/مخصصات والدين متبنين

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</p> </div>	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <span style="font-size: 1.2em;">0</span> <span style="font-size: 1.2em;">1</span> </div> <div style="margin: 0 5px;">סוג המסמך</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <span style="font-size: 1.2em;"> </span> <span style="font-size: 1.2em;"> </span> </div> </div> <p>דפים</p>	

### חותמת קבלה

## פרטי התובעת

1

### תفاصيل مقدمة الطلب

<p>שם משפחה اسم العائلة</p>	<p>שם פרטי الاسم الشخصي</p>	<p>מספר זהות رقم بطاقة الهوية ס"ב الرقم الاضافي</p>
---------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------------------------------------

מצב משפחתי  רווקה  נשואה  גרושה  אלמנה  ידועה בציבור   
 الحالة الاجتماعية  عزباء  متزوجة  مطلقة  أرملة  شريكة حياة معروفة علناً

### כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות العنوان (كما هو مسجل في وزارة الداخلية) وتفاصيل الاتصال

רחוב/תא דואר شارع/صندوق بريد	מספר בית رقم بيت	כניסה مدخل	דירה شقة	יישוב بلدة	מיקוד ميكود
טלפון קווי رقم الهاتف	טלפון נייד الهاتف الخليوي	דואר אלקטרוני: بريد الكتروني:			

### אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלימי את הפרטים הבאים: إذا لم يكن الهاتف او البريد الإلكتروني لك – الرجاء تكملة 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 بطاقة هوية جهة الاتصال ס"ב الرقم الاضافي
----------------------------------------------	-------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------

אני מסרבת לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעך, אם לא סימנת "אני מסרבת", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. ארצות אסלאם الرسائل التي تتضمن معلومات شخصية في القنوات الرقمية (الرسائل النصية (SMS), البريد الإلكتروني), بدلاً من البريد العادي. لعلمك، إذا لم يتم الإشارة إلى "أنا أرفض"، فسيتم إرسال إشعارات بشأن مسائل التأمين الوطني على القنوات الرقمية، وفقاً للمعلومات التي قدمتها.

### מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה) عنوان للمراسلة (إذا كان مختلفاً عن العنوان المفصل أعلاه)

רחוב/תא דואר شارع/صندوق بريد	מספר בית رقم البيت	כניסה مدخل	דירה شقة	יישוב بلدة	מיקוד ميكود
---------------------------------	-----------------------	---------------	-------------	---------------	----------------

פרטי חשבון הבנק של התובעת

2

תفاصيل حساب بنك مقدمة الطلب

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

אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולהחתימם על טופס עדכון החשבון.

אני מסכימה שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה.

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 כדון, 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 שהצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי היא עליי 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. بالتبادل، أدرك أن المؤسسة تستطيع طلب مستندات وإثباتات إضافية من أجل التحقق من تفاصيل حساب البنك المصرح عنه أعلاه ويجب علي أرفاقها حسب الطلب.

חתימת התובעת ✕

תאריך

תوقيع مقدمة الطلب

تاريخ

תביעה בגין לידה/אימוץ מיום

3

طلب مقابل ولادة/تبني من يوم

יום	חודש	שנה
יום	شهر	سنة

תביעה להארכת דמי לידה/גמלת הורים מאמצים עקב אשפוז הילד/התובעת – יש לצרף אישור מבית חולים

4

طلب لتمديد بدل ولادة/مخصصات والدين متبنين بسبب مكوث الطفل/مقدمة الطلب – يجب ارفاق شهادة المستشفى

אשפוז הילד/התובעת

مكوث الطفل/مقدمة الطلب في المستشفى

הילד/התובעת שוחרר מביה"ח לאחר הלידה/האימוץ בתאריך \_\_\_\_\_

خرج الطفل/مقدمة الطلب من المستشفى بعد الولادة/التبني في تاريخ \_\_\_\_\_

הילד/התובעת נשאר בביה"ח לאחר הלידה/האימוץ עד לתאריך \_\_\_\_\_

مكث الطفل/مقدمة الطلب في المستشفى بعد الولادة/التبني حتى تاريخ \_\_\_\_\_

הילד/התובעת אושפז מחדש ביום \_\_\_\_\_ שוחרר ביום \_\_\_\_\_

غادر في تاريخ \_\_\_\_\_

دخل الطفل/مقدمة الطلب المستشفى في تاريخ \_\_\_\_\_

**תביעה לפיצול דמי לידה/גמלת הורים מאמצים עקב אשפוז הילד/התובעת**  
יש לצרף אישורים מביה"ח ומהמעסיק (ראה דברי הסבר בדף המקדים)  
**طلب لتقسيم بدل الولادة/مخصصات والدين متبنين بسبب دخول الطفل/مقدم الطلب إلى المستشفى**  
يجب ارفاق شهادات من المستشفى وصاحب العمل (انظر إلى التوضيحات في صفحة الشرح)

אשפוז הילד/התובעת

מכוון הילד/מقدمة الطلب في المستشفى

- הילד/התובעת נשאר בביה"ח לאחר הלידה/האימוץ עד לתאריך \_\_\_\_\_  
خرج الطفل/مقدمة الطلب من المستشفى بعد الولادة/التبني في تاريخ \_\_\_\_\_
- הילד/התובעת אושפז מחדש ביום \_\_\_\_\_ ועדיין שוהה בבית החולים  
دخل الطفل/مقدمة الطلب المستشفى مرة أخرى في تاريخ \_\_\_\_\_ ولا يزال يمكث في المستشفى
- הילד/התובעת אושפז מחדש ביום \_\_\_\_\_ ושוחרר ביום \_\_\_\_\_  
دخل الطفل/مقدمة الطلب المستشفى مرة أخرى في تاريخ \_\_\_\_\_ وغادر في تاريخ \_\_\_\_\_

**הצהרת התובעת**  
تصريحات مقدمة الطلب

6

1.  טרם חזרתי לעבודה  
لم أعد إلى العمل حتى الآن

2.  חזרתי לעבודה ביום \_\_\_\_\_  
عدت إلى العمل في تاريخ \_\_\_\_\_

חזרתי לתקופת לידה והורות/אימוץ ביום \_\_\_\_\_  
عدت إلى إجازة الولادة والوالدية/تبني في تاريخ \_\_\_\_\_

3. אני תובעת  הארכת דמי לידה/גמלת הורים למאמצת עקב אשפוז הילד/התובעת.  
أنا أطلب  تمديد بدل الولادة/مخصصات والدين لمتبنية بسبب مكوث الطفل/مقدمة الطلب في المستشفى.  
 פיצול דמי לידה/גמלת הורים למאמצת עקב אשפוז הילד/התובעת.  
تقسيم بدل الولادة/مخصصات والدين لمتبنية بسبب مكوث الطفل/مقدمة الطلب في المستشفى.

4. אני החתומה מטה מצהירה בזאת כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.  
أنا الموقعة أدناه أصرح بموجب هذا بأن جميع التفاصيل التي قدمتها في الطلب وملاحقه صحيحة وكاملة.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין 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 על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.  
أدرك أنّ تزويد تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات تعتبر مخالفة للقانون، وأنّ الشخص الذي يسبب، بالعلم أو الاحتيال، بالمصادقة على دفع المخصّصات وفق هذا القانون، أو زيادتها عن طريق إخفاء تفاصيل ذات أهمية، سيعاقب بدفع غرامة أو بالسجن.  
أدرك أنّ أيّ تغيير في أحد تفاصيل هذا الطلب أو ملاحقه قد يؤثر على استحقاقى للمخصّصات أو على انشاء دين، لهذا ألتزم بالتبليغ عن أيّ تغيير خلال 30.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.  
במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.  
أعلم أنه إذا طرأت تغييرات على بيانات الاتصال، يجب عليّ إبلاغ مؤسسة التأمين الوطني.  
في حالة عدم تحديث تفاصيل الاتصال، سيتم إرسال المعلومات عبر القنوات التي أشرت إليها في هذا النموذج.

תחיתת התובעת ✕  
توقيع مقدمة الطلب

תאריך  
التاريخ