



תביעה לתשלום מענק וגמלת הורים לאב:

- ☐ מאמץ
- ☐ הורה במשפחת אומנה
- ☐ אב מיועד שאין איתו בת זוג
- ☐ אב מיועד שיש איתו בן זוג

חובה לצרף לטופס זה

- באם מוגשת תביעה לרגל אימוץ בחו"ל – יש לצרף מסמכי אימוץ מתורגמים באישור נטריון ולציין את מועד קבלת הילד.
- באם מוגשת תביעה לרגל אימוץ בארץ – עובד סוציאלי ימלא ויאשר סעיף 4.
- 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.
- באם חלו שינויים בשכר ב-6 החודשים שקדמו להפסקת העבודה, מסיבה רפואית או מסיבה שלא צוינה ע"י המעסיק – יש להמציא אישור מתאים.

לידיעתך

- אב מיועד יצרף אישור על הלידה בארץ או בחו"ל.
- תביעה לרגל אימוץ: א. בארץ - ניתן להגיש מיום קבלת הילד לאומנה למטרת אימוץ.
ב. בחו"ל - ניתן להגיש מיום קבלת הילד.
ג. אומנה – ניתן להגיש מיום קבלת הילד למשפחה.
- אם יש לך בן זוג, עליך לציין את פרטי זהותו, בסעיף 1 אף אם אינו רשום בביטוח לאומי, כידוע בציבור.
- לפי החוק את התביעה יש להגיש תוך שנה מיום הזכאות הראשון.
- אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 10 בעמוד 4.
- 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.

כיצד יש להגיש את התביעה

- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות וברורים ניתן לפנות להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לתשלום מענק וגמלת הורים
לאב

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך 01									
דפים									

פרטי התובע

1

שם משפחה (נוכחי)	שם משפחה (לפני הנישואין)	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
☐ שכיר ☐ עצמאי משלם ד.ב. בסניף _____		עבדתי עד יום כולל יום זה שנה חודש יום	שנת לידה
מצב משפחתי: ☐ רווק ☐ נשוי ☐ גרוש ☐ אלמן ☐ ידוע בציבור			

פרטי בן הזוג

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
----------	---------	------------------

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשורת

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני: _____@_____	

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב
------------------	-----------------	-------------------------

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל לידעתי, אם לא סימנתי "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרתי.

לידיעתי, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר. אם אתה מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה:

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי.
ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	------	-------

פרטי חשבון הבנק של התובע

2

שמות בעלי החשבון		סוג חשבון:	
		☐ פרטי ☐ קיבוץ	
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

3

לאומנה – אישור מאת עובד סוציאלי המלווה את משפחת האומנה

הנני מאשר כי מר _____ (שם משפחתי ופרטי) _____
 קיבל לביתו לאומנה למשך שישה חודשים לפחות את הילד _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ ביום _____
 תאריך לידה _____ / _____ / ת.ז. _____
 חתימה וחותמת עובד סוציאלי ✕ _____

4

למאמץ/לאב מיועד

אישור מאת עובד סוציאלי :
 למאמץ בחו"ל / לאב מיועד – נא לציין את מועד קבלת הילד _____
 הנני מאשר כי מר _____ מס' זהות _____
 שם משפחה _____ שם פרטי _____
 קיבל ביום _____ / _____ / את הילד _____ שנה _____ חודש _____ יום _____ שם פרטי _____
 שנולד ב- _____ / _____ / שנה _____ חודש _____ יום _____
 חתימה וחותמת עובד סוציאלי ✕ _____

5

פרטים על מקום העבודה האחרון

שם המעסיק/המפעל	עיסוקך/תפקידך במקום העבודה	תאריך הפסקת עבודה שנה חודש יום
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין מעסיקך ☐ לא ☐ כן, סוג הקרבה: _____ אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה צייני שמות מעסיקים: _____		

6

אנא מלא חלק זה לגבי השנתיים האחרונות וצרף אישורים מתאימים

- שם מעסיק קודם _____ עבודה מתאריך: _____ / _____ / עד: _____ / _____ / שנה _____ חודש _____ יום _____
- עבודה כעצמאי מתאריך: _____ / _____ / עד: _____ / _____ / שנה _____ חודש _____ יום _____
- קיבלתי מהמוסד לביטוח לאומי גמלת: ☐ דמי גמלת הורים למאמץ ☐ דמי אבטלה ☐ דמי פגיעה ☐ דמי תאונה ☐ קיבלתי תשלום מקרן חופשה ☐
- שרתי בצה"ל מ _____ / _____ / עד _____ / _____ / מס' אישי _____ סדיר ☐ קבע ☐
- שהייתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מתאריך: _____ / _____ / עד: _____ / _____ / שנה _____ חודש _____ יום _____

אם יש לך פטור מלא או חלקי ממס הכנסה – נא צרף אישור מתאים ממס הכנסה.

חלוקת החופשה עם בן/בת זוג

7

האם בכוונתך לחלוק את החופשה עם בן/בת הזוג?

☐ לא ☐ כן, החל מתאריך _____

מענק הורות (מענק לידה) – יש למלא רק במקרה של אימוץ ופונדקאות

8

אימוץ מתאריך: _____ ☐ אימוץ בארץ ☐ אימוץ בחו"ל – יש לצרף מסמכי אימוץ מתורגמים	פונדקאות – לידה בתאריך: _____ ☐ פונדקאות בארץ ☐ פונדקאות בבי"ח בחו"ל – יש לצרף אישור על הלידה
פרטי הילד שאומץ/נולד	מספר זהות
ס"ב	ס"ב
ס"ב	ס"ב
ס"ב	ס"ב

החזר הוצאות אשפוז – בהליך פונדקאות בחו"ל (רק אם היו לך הוצאות בקשר ללידה, יש למלא חלק זה):

☐ את דמי האשפוז לביה"ח שילם/ ששילמו _____

☐ הסכום ששולם לבית החולים עבור הוצאות הקשורות ללידה – _____

☐ מצורפת קבלה על תשלום דמי האשפוז וחשבונית המפרטת את ההוצאות הקשורות ללידה – **חובה לצרף**

הצהרת התובע

9

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים, ותובע:

- ☐ תשלום גמלת הורים ☐ תשלום מענק הורות (מענק לידה)
- ☐ תשלום החזר הוצאות אשפוז (הליך פונדקאות בחו"ל) ☐ קצבת לידה בלידות סמוכות

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עבירה 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 תוך 30 יום.

אני מסכים 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 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.**

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

חתימת התובע ✕

תאריך _____

10

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

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

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) _____

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

הריני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה * _____

11

למילוי ע"י המעסיק – רק לאחר הפסקת עבודה

שם המעסיק		מספר תיק ב.לאומי		טלפון קווי		מספר פקס	
רחוב		מס' בית		כניסה	דירה	ישוב	
הנני מאשר כי מר		פרטי		עיסוק/תפקיד		ת. זהות	
שם משפחה						ס"ב	
החל לעבוד אצלי ביום		עבד עד יום כולל יום זה		שכרו שולם		האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובד?	
שנה		שנה		בבנק		לא	
חודש		חודש		במזומן		כן, סוג קרבה	
יום		יום		אחר			

12

תנאי העבודה והשכר

1. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבדה: ☐ ברציפות ☐ שלא ברציפות, פרט:
שנת שבתון/השתלמות מתאריך _____ עד _____
חופשה ללא תשלום מתאריך _____ עד _____
אחר, פרט: _____ מ _____ עד _____

2. מס' ימי עבודה בשבוע _____

3. פרוט שכרו (בש"ח) ב-10 חודשים שקדמו להפסקת עבודתו (אף אם אינם רצופים).
יש לרשום הסכומים כולל הפרשים ותשלומים בנוסף לשכר הרגיל (כגון הבראה, ביגוד, מענק חד-פעמי וכד').

שנה/חודש	השכר החייב במס	השכר החייב בדמי ביטוח	דמי ביטוח שנוכו מהשכר	בסיס השכר (חודשי, יומי, שכר לשעה)	אחוז משרה	מס' ימי עבודה בשכר	שעות עבודה	מס' ימים עבד	מס' ימים עבד
1									סיבה
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

4. פרוט ההפרשים והתשלומים הנוספים שנכללו בסעיף 3 ב-6 החודשים שקדמו להפסקת העבודה:

חודש	שולם (₪)	עבור תקופה		מהות התשלום
		מתאריך	עד תאריך	
1				
2				
3				
4				

סיבה אחרת לשינויים בשכר _____

13

הצהרת מעסיק

אני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודה ובשכרו של העובד כנדרש בחלק זה.
תאריך _____ שם החותם ותפקידו _____
חתימת וחותמת העסק/המפעל * _____