



## תביעה לתשלום גמלת הורים לאם:

- מאמצת
- הורה במשפחת אומנה
- אם מיועדת

### חובה לצרף לטופס זה

- באם מוגשת תביעה לרגל אימוץ בחו"ל – יש לצרף מסמכי אימוץ מתורגמים באישור נוטריון 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

- לפי החוק את התביעה יש להגיש תוך שנה מיום הזכאות הראשון. ↵
- אם את בעלת שליטה או קרובת משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 8 בעמוד 3. ↵
- 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. ↵

### 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 ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il). ↵

### חובה לחתום על טופס התביעה

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%;"> <span>מס' זהות / דרכון</span> <span>מס' זהות</span> </div> </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
<div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span> <span style="margin: 0 10px;">סוג המסמך</span> <span>דפים</span> </div>	

### חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות



**תביעה לתשלום גמלת הורים לאם**

**1**

שם משפחה (נכחי) _____	שם משפחה (לפני הנישואין) _____	שם פרטי _____	מספר זהות ס"ב _____
<input type="checkbox"/> שכירה <input type="checkbox"/> עצמאית משלמת ד.ב. בסניף _____	עבדתי עד יום כולל יום זה שנה _____ חודש _____ יום _____		שנת לידה _____
מצב משפחתי: <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> נשואה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> ידועה בציבור			
<b>פרטי בן הזוג</b>			
שם משפחה _____	שם פרטי _____	מספר זהות ס"ב _____	

**כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות**

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 מסרבת 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.

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר. אם את מתנגדת לכך עלייך לסמן את ההצהרה הבאה:

אני מסרבת שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטאלי (ממוחשב) של הכנסותיי. 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
_____	_____	_____	_____	_____	_____

**2**

**פרטי חשבון הבנק של התובעת**

שמות בעלי החשבון	סוג חשבון:		
_____	<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוץ		
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
_____	_____	_____	_____

3

**לאומנה – אישור מאת עובד סוציאלי המלווה את משפחת האומנה**

הנני מאשר כי גב' \_\_\_\_\_ (שם משפחתי ופרטי) \_\_\_\_\_  
 קיבלה לביתה לאומנה למשך שישה חודשים לפחות את הילד \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ ביום \_\_\_\_\_  
 תאריך לידה \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / ת.ז. \_\_\_\_\_  
 חתימה וחותמת עובד סוציאלי X \_\_\_\_\_

4


**למאמץ**

אישור מאת עובד סוציאלי:

למאמץ בחו"ל – נא לציין את מועד קבלת הילד \_\_\_\_\_  
 הנני מאשר כי גב' \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_  
 שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_  
 קיבלה לביתה בכוונה לאמצו ביום \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ את הילד \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_  
 שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_  
 שנולד ב- \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_  
 חתימה וחותמת עובד סוציאלי X \_\_\_\_\_

5

**פרטים על מקום העבודה האחרון**

שם המעסיק/המפעל	עיסוקך/תפקידך במקום העבודה	תאריך הפסקת עבודה 
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין מעסיקך <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה: _____		
אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה צייני שמות מעסיקים: _____		

6

**אם לא עבדת ברציפות בשנה האחרונה, אנא מלאי חלק זה לגבי השנתיים האחרונות וצרפי אישורים מתאימים**

- שם מעסיק קודם \_\_\_\_\_ עבודה מתאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_
- עבודה כעצמאית מתאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_
- קיבלתי מהמוסד לביטוח לאומי גמלת:  דמי לידה/גמלת הורים למאמץ  דמי אבטלה  גמלה לשמירת הריון  דמי פגיעה  דמי תאונה  קיבלתי תשלום מקרן חופשה  שהייתי בהכשרה מקצועית
- שרתי בצה"ל מ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ מס' אישי \_\_\_\_\_ סדיר  קבע
- שהייתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מתאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

**אם יש לך פטור מלא או חלקי ממס הכנסה – נא צרפי אישור מתאים ממס הכנסה**

7

## הצהרת התובעת

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 בודעין 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 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 התובעת ✕ \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

8

## הצהרה למילוי ע"י בעלת שליטה או בעלת 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 מצהירה כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ חתימה ✕ \_\_\_\_\_

9

**למילוי ע"י המעסיק – רק לאחר הפסקת עבודה**

שם המעסיק		מספר תיק ב.לאומי		טלפון קווי		מספר פקס	
רחוב		מס' בית		כניסה		דירה	
הנני מאשר כי גברת		פרטי		עיסוק/תפקיד		ת. זהות	
שם משפחה		ס"ב		ש"ב		מיקוד	
החלה לעבוד אצלי ביום		עבודה עד יום כולל יום זה		שכרה שולם		האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובדת?	
שנה חודש יום		שנה חודש יום		<input type="checkbox"/> בבנק <input type="checkbox"/> בהמחאה <input type="checkbox"/> במזומן <input type="checkbox"/> אחר		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג קרבה _____	

10

**תנאי העבודה והשכר**

- בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבדה:  ברציפות  שלא ברציפות, פרט: \_\_\_\_\_  
 שנת שבתון/השתלמות מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_  
 חופשה ללא תשלום מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_  
 אחר, פרט: \_\_\_\_\_ מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_
- מס' ימי עבודה בשבוע \_\_\_\_\_
- פרוט שכרה (בש"ח) ב-10 חודשים שקדמו להפסקת עבודתה (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 עבורם לא שולם שכר	
								מס' ימים	סיבה
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

4. פרוט הפרשים 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 \_\_\_\_\_

11

**הצהרת מעסיק**

אני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודה ובשכרה של העובדת כנדרש בחלק זה. תאריך \_\_\_\_\_ שם החותם ותפקידו \_\_\_\_\_ חתימת וחותמת העסק/המפעל ✕ \_\_\_\_\_