



תביעה לתשלום גמלת הורים:

- למאמצת/מאמץ
- הורה במשפחת אומנה
- אב ביולוגי שאין איתו בת זוג
- אב ביולוגי שיש איתו בן זוג

חובה לצרף טופס זה

- ☞ אם מוגשת תביעה לרגל אימוץ בחו"ל – יש לצרף מסמכי אימוץ מתורגמים באישור נטריון ולציין את מועד קבלת הילד.
- ☞ אם מוגשת תביעה לרגל אימוץ בארץ – עובד סוציאלי ימלא ויאשר סעיף 4.
- ☞ אם מוגשת תביעה לרגל קבלת ילד לאומנה לשישה חודשים לפחות – עובד סוציאלי ימלא ויאשר סעיף .. כמו כן, יש לצרף מסמך מאת משרד הרווחה על כך שאושרתם לשמש כמשפחת אומנה.
- ☞ אם חלו שינויים בשכר ב-6 החודשים שקדמו להפסקת העבודה, מסיבה רפואית או מסיבה שלא צוינה ע"י המעסיק – יש להמציא אישור מתאים.

לידיעתך

- ☞ **אב ביולוגי** 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 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, 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

טופס זה מנוסח בלשון נקבה אך פונה לנשים ולגברים כאחד

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים
---------------------------	---------------------------------------

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות



תביעה לתשלום גמלת הורים

1

פרטי התובעת

שם משפחה (נוכחי) _____ שם משפחה (לפני הנישואין) _____ שם פרטי _____ מספר זהות ס"ב _____

שכירה עצמאית משלמת ד.ב. בסניף _____

שבתי עד יום כולל יום זה _____

שנה _____ חודש _____ יום _____

מצב משפחתי: רווקה נשואה גרושה אלמנה ידועה בציבור

פרטי בן הזוג

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

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: _____

פרטי קיבוץ

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
---------	-------------------	----------	------------

3

לאומנה – אישור מאת עובד סוציאלי המלווה את משפחת האומנה

הנני מאשר כי גב'מר (שם משפחתי ופרטי) _____

קבלו לביתם לאומנה למשך שישה חודשים לפחות את הילד _____ שם פרטי _____ ביום _____

תאריך לידה _____ / _____ / ת.ז. _____ שם משפחה _____

חתימה וחותמת עובד סוציאלי X _____

4 למאמץ

4

אישור מאת עובד סוציאלי:

למאמץ בחו"ל – נא לציין את מועד קבלת הילד _____

הנני מאשר כי גב' / מר _____ מס' זהות _____

שם משפחה _____ שם פרטי _____
 קיבלו לביתם בכוונה לאמצו ביום _____ / _____ / _____ את הילד _____ שם פרטי _____

שנולד ב- _____ / _____ / _____
 שנה חודש יום

חתימה וחותמת עובד סוציאלי X _____

5 פרטים על מקום העבודה האחרון

5

שם המעסיק/המפעל	עיטוקר/תפקידך במקום העבודה	תאריך הפסקת עבודה _____ / _____ / _____ שנה חודש יום
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 ציני שמות מעסיקים: _____		

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

6

- 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 שהיתי בהכשרה מקצועית
- שרתי בצה"ל מ _____ / _____ / _____ עד _____ / _____ / _____ מס' אישי _____ סדיר קבע
 שנה חודש יום שנה חודש יום
- שהיתי 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 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 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 מסכים 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.**

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 בעל שליטה או לבעל 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 * _____

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/מר		פרטי		עיסוק/תפקיד		ת. זהות	
שם משפחה		ש"ב		עיסוק/תפקיד		ת. זהות	
החלה לעבוד אצלי ביום		עבדה 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 וכו').

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

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

מהות התשלום	עבור תקופה		שולם (ש)	בחוד
	עד תאריך	מתאריך		
				1
				2
				3
				4

סיבה אחרת לשינויים בשכר _____

11

הצהרת מעסיק

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