



תביעה לתשלום דמי לידה לאב המחליף את בת/בן הזוג או לאב השוהה במקביל עם בן/בת הזוג

מי זכאי לתשלום

- קיימים תנאים מצטברים הנדרשים על מנת לקבל זכאות. יש לברר תנאים אלו לפני היציאה לתקופת לידה והורות.
- בן הזוג המחליף חייב להפסיק עבודתו לצורך הטיפול בילד.

חובה לצרף לטופס זה

- בן/בת הזוג, שחזרה לעבודה עקב החלפת בן/בת הזוג - יש לצרף אישור מהמעסיק על החזרה לעבודה.

לידיעתך

- לידיעתך - על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- 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

- בן הזוג היוצא לתקופת לידה והורות, ימלא את סעיפים 1, 4, 5,6 ו-7 של טופס התביעה.
- אם האב המחליף הוא בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 8 בעמוד 3.
- בת/בן הזוג המוחלף, ימלא את סעיפים 2 או 3 בהתאם לסוג החופשה המבוקשת.
- 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 דמי לידה
לאב המחליף את בת/בן הזוג
או לאב השוהה במקביל עם
בו/בת הזוג**

עמוד 1 מתוך 5

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div> </div> </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
---	---------------------------

חותמת קבלה

☞ תביעה זו מוגשת עבור: אב המחליף את בת/בן הזוג אב השוהה במקביל עם בן/בת הזוג

1

פרטי המבוטח					
שם פרטי			שם משפחה		
מספר זהות ס"ב	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>				
מצב משפחתי	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> ידוע בציבור <input type="checkbox"/> הורות משותפת		תאריך לידת הילד	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	
שכיר <input type="checkbox"/>	חבר קיבוץ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> עצמאי, משלם דמי ביטוח בסניף _____ שים לב, אינך נדרש להמציא פרטים אודות הכנסותיך כעצמאי, מאחר והמידע קיים בידנו			
לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר. אם אתה מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה: <input type="checkbox"/> אני מסרב 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.					
כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	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		
<input type="checkbox"/> 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.					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2

חופשה מקבילה של בני הזוג – הצהרת המבוטח/ת השוהה בחופשה

אני החתום מטה מסכים לוותר על דמי הלידה המגיעים לי בתקופה החל מ- _____ עד _____ לבן זוגי _____ ת.ז. _____.

עבור החופשה המקבילה לתשומת לבך: התקופה בה בן זוגך שוהה עמך במקביל תקוזז מהזכאות שלך.

שם פרטי _____ שם משפחה _____ ת.ז. _____ חתימה **x** _____

3

חלוקת החופשה עם בן הזוג עקב חזרתך לעבודה – הצהרת המבוטח/ת החוזר/ת לעבודה

אני החתום מטה מסכים לוותר על דמי הלידה המגיעים לי בתקופה החל מ- _____ עד _____ לבן זוגי _____ ת.ז. _____ עקב חזרתי לעבודה בתאריך _____ (חובה לצרף אישור מעסיק על החזרה לעבודה).
לתשומת לבך:
 מרגע חזרתך לעבודה לא תתאפשר החלפה נוספת עם בן הזוג. היולדת אינה יכולה לוותר על ששת השבועות הראשונים מיום הלידה, ולחזור בתקופה זו לעבודתה שם פרטי _____ שם משפחה _____ ת.ז. _____ חתימה ✕ _____

4

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.

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 כדון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של 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.

תאריך _____ חתימת מקבל התשלום ✕ _____ חתימת/חתימות השותפים לחשבון ✕ _____

5

פרטים על מקום העבודה האחרון (למי שעבד ברציפות בשנה האחרונה)

עיסוקך/תפקידך במקום העבודה	הסיבה להפסקת העבודה	עבדתי עד ליום _____ (כולל יום זה) <input type="checkbox"/> כשכיר <input type="checkbox"/> עצמאי
----------------------------	---------------------	--

שם המעסיק/ המפעל _____
 האם יש קירבה משפחתית בינך לבין מעסיקך/האם הינך בעל שליטה בחברה לא כן, סוג הקרבה _____

אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה, ציין שמות המעסיקים

א. _____ ב. _____

6

פרטים על מקום העבודה האחרון (למי שלא עבד ברציפות בשנה האחרונה)

1. שם מעסיק קודם	עבודה מתאריך _____ עד _____
2. עבודה כעצמאי מתאריך _____ עד _____	

פטור ממס ונקודת זיכוי

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

7

הצהרת התובע

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

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 _____

8

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל 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. _____
אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה * _____

אישור המעסיק על תקופת ההעסקה ועל השכר

1

פרטי המעסיק

שם המעסיק	מספר תיק ניכויים		טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד
טלפון פקס			

אנו מאשרים בזה שהרשום מטה הועסק על ידינו כעובד שכיר, ועבודתו הופסקה, בהתאם לפרטים הרשומים מטה:

שם משפחה	שם פרטי	תקופת העסקה	מספר זהות
		מ _____ עד _____	ס"ב

עיסוק/תפקיד _____
 האם העובד יצא לתקופת לידה והורות? כן לא, ציין את הסיבה להפסקת העבודה: _____

שכרו שולם _____
 האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובד? לא כן, סוג הקרבה _____

בבנק בהמחאה במזומן אחר _____

פרוט שכר העובד (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 המשרה	מס' עבודה בשכר ימי	מס' הימים בעבורם לא שולם שכר	
							מס' ימים	סיבה
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
1								
0								

פירוט ההפרשים והתשלומים הנוספים שנקללו בטבלה לעיל, ב - 6 החודשים שקדמו להפסקת העבודה:

בחודש _____ שולם _____ ₪ עבור התקופה מ _____ עד _____ מהות התשלום _____

בחודש _____ שולם _____ ₪ עבור התקופה מ _____ עד _____ מהות התשלום _____

בחודש _____ שולם _____ ₪ עבור התקופה מ _____ עד _____ מהות התשלום _____

סיבה אחרת לשינויים בשכר _____

הצהרת המעסיק

2

אני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתו של העובד כנדרש בחלק זה.

תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו _____ חתימה וחותמת המעסיק/המפעל _____ X

3

אישור מזכירות הקיבוץ או המושב השיתופי

הנני מאשר שמר _____ שם משפחה פרטי ת.ז. הינו חבר קיבוץ/מושב שיתופי _____

תאריך הפסקת עבודה

הנ"ל מבוטח החל מתאריך _____ בסוג _____

תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו ✕ חתימה וחותמת ✕ _____