



תביעה לתשלום תגמול מיוחד לבן זוג ליולדת נכה

חובה לצרף לטופס זה

- ✎ אישור מרופא מטפל המאשר שנבצר מבת זוגך לטפל בילד בשל נכותה.
- ✎ אם חלו שינויים בשכרך ב-6 החודשים שקדמו להפסקת העבודה – יש לצרף אישור מתאים.
- ✎ אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או בעל מניות בחברה, יש למלא את ההצהרה בסעיף 6.

לידיעתך

- ✎ תביעה זו מיועדת לבן זוג של יולדת נכה, שנקבעה לה דרגת נכות בשיעור 100% אי כושר השתכרות.
- ✎ קיימים תנאים מצטברים הנדרשים על מנת לקבל זכאות. יש לברר פרטים אלו לפני היציאה לתקופת לידה והורות.
- ✎ לידיעתך - על פי חוק, יש להגיש את התביעה תוך שנה מיום הזכאות הראשון - 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, 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 וביירוטים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

עמוד 1 מתוך 5

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון _____	מס' זהות איש קשר _____
סוג המסמך 0 1	דפים _____

חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

**תביעה לתשלום תגמול מיוחד
לבן זוג לילדת נכה**

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב
<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> עצמאי, משלם דמי ביטוח בסניף _____	מצב משפחתי: <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> נשואה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> ידועה בציבור		

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
------------------	-----------------	-------------------------

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, 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
----------------	---------	-------	------	-------	-------

פרטי בת הזוג: שם פרטי _____ שם משפחה _____ ת.ז. _____

פרטי הילד שנולד בלידה האחרונה ונמצא בחזקתך: שם הילד _____ ת.ז. _____ תאריך לידה _____

2

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

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

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים 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 כדין, 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 /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 היא עלי להמציאם לפי דרישה.**

תאריך _____ חתימת מקבל התשלום _____ חתימות השותפים לח- _____ x

3

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

עבודתי עד ליום _____ (כולל יום זה)	הסיבה להפסקת העבודה	עיסוק/תפקידך במקום העבודה
שם המעסיק/ המפעל	האם יש קירבה משפחתית בינך לבין מעסיק/האם אתה בעל שליטה בחברה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____ (יש למלא סעיף 6 בטופס)	
אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה, ציין שמות המעסיקים ואם יש קרבה משפחתית בינכם		
שם המעסיק _____	קרבה משפחתית: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____	
שם המעסיק _____	קרבה משפחתית: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____	

4

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

1. שם מעסיק קודם _____	עבודה מתאריך _____ עד _____
2. עבודה כעצמאי מתאריך _____	עד _____
אם יש לך פטור מלא או חלקי ממס הכנסה – נא צרף אישור מתאים ממס הכנסה	

5

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.

תאריך _____ חתימת התובע _____

6

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה 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 מזכירות הקיבוץ או המושב השיתופי

אני מאשר כי: שם _____ משפחה _____	שם פרטי _____	מספר זהות ס"ב 	<input type="checkbox"/> חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> מושב שיתופי
הנ"ל מבוטח החל מתאריך _____ בסוג _____			
תאריך הפסקת עבודה _____		הסיבה להפסקת העבודה _____ (חובה למלא)	
תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו * _____		חתימת וחותמת הקיבוץ/מושב שיתופי * _____	

אישור המעסיק על תקופת ההעסקה ועל השכר

I פרטי המעסיק							
טלפון קווי		מספר תיק ניכויים			שם המעסיק		
טלפון פקס		מיקוד	יישוב	מס' בית	רחוב / תא דואר		
אנו מאשרים בזה שהרשום מטה הועסק על ידינו כעובד שכיר, ועבודתו הופסקה, בהתאם לפרטים הרשומים מטה:							
מספר זהות ס"ב		תקופת העסקה		שם פרטי	שם משפחה		
מ		עד					
עיסוק/תפקיד							
האם העובד יצא לתקופת לידה והורות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, ציין את הסיבה להפסקת העבודה:							
(חובה למלא) _____							
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובד?				שכרו שולם			
<input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____				<input type="checkbox"/> בבנק <input type="checkbox"/> בהמחאה <input type="checkbox"/> במזומן <input type="checkbox"/> 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' ימי עבודה בשכר	מס' הימים בעבורם לא שולם שכר מס' ימים
1							סיבה
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
פירוט ההפרשים והתשלומים הנוספים שנכללו 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 _____							

II הצהרת המעסיק	
אני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתו של העובד כנדרש בחלק זה.	
תאריך _____	חתימת החותם ותפקידו _____
_____	חתימה וחותמת המעסיק/המפעל ✕