



## תביעה לתשלום גמלה לשמירת הריון طلب لتلقي مخصصات الحفاظ على الحمل

(יציאה ושהייה בחו"ל בזמן שמירת הריון שוללת את הזכאות לגמלה)\*  
 (الخروج والمكوث خارج البلاد في فترة الحفاظ على الحمل يلغي استحقاق المخصصات)\*

### חובה לצרף טופס זה

#### يجب إرفاق ما يلي

האישור הרפואי, ימולא ע"י רופא מומחה למחלות נשים ולידה בלבד. יש לצרף כרטיס מעקב הריון רפואי וכן תיעוד רפואי על הצורך בשמירה.  
 يجب تعبئة التقرير الطبي لدى طبيب مختص بأمراض النساء والتوليد فقط. يجب إرفاق مستندات طبية توضح الحاجة للحفاظ على الحمل.

כאשר סיבת שמירת ההיריון היא עקב סביבת עבודתך, חובה לצרף מכתב מפורט מאת המעסיק לגבי אופי העבודה ואישורו על כך שלא נמצאה לך עבודה חלופית.  
 يجب إرفاق مكتوب مفصل من مكان عملك عن طبيعة و ماهية وظيفتك كما ويجب إرفاق تصريح بأنه لا يوجد أي وظيفة أخرى تناسب حالتك إذا كانت بيئة عملك هو المسبب لتقديم طلب الحفاظ على الحمل.

### לידיעתך

#### لعلمك

תשלום הגמלה מותנה באישור רופא מטעם הביטוח הלאומי, אשר רשאי לדרוש פרטים רפואיים נוספים – ככל שיידרשו.  
 يتعلّق دفع المخصصات بموافقة طبيب من قبل التأمين الوطني والذي قد يطلب تفاصيل طبية إضافية.

כל תקופה נוספת של שמירת הריון מחייבת הגשת אישור רפואי בלבד על גבי טופס בל/331 וכן תיעוד רפואי חדש, ואין צורך בהגשת טופס תביעה זה.  
 كل فترة إضافية للحفاظ على الحمل تلزم بإحضار تقرير طبي معبأ في الطلب رقم 331 فقط مع اثباتات طبية حديثة ولا يوجد حاجة لتقديم طلب مخصصات جديد.

עפ"י חוק:

לא תשולם גמלת שמירת הריון בתקופה בעדה משולמים ימי מחלה  
 לא תשולם גמלת שמירת הריון אם קיימת זכאות מכוח חיקוק אחר- חובה למלא את סעיף 3 (5) בעמ' 2

לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.  
 وفقا للقانون:

לא תדفع מخصصات الحفاظ على الحمل عن الأيام التي دُفع عنها إجازة مرضية  
 لا تُدفع مخصصات الحفاظ على الحمل إذا كان هناك استحقاق لمثل هذه المخصصات بواجب قانون آخر – يجب تعبئة البند 3 (5) في الصفحة 2

על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.  
 وفقا للقانون, تدفع المخصصات بأثر رجعي عن فترة أقصاها 12 شهرا من يوم تقديم الطلب.

אם תאושר לך גמלה לשמירת הריון עד למועד הלידה, ונקבל מידע מבית החולים על הלידה, נשלם לך דמי לידה לחשבון הבנק אותו רשמת בטופס זה, ללא צורך בהגשת תביעה לדמי לידה.

سنقوم بدفع إجازة أمومة لحساب البنك الذي سجل في هذا الطلب إذا تلقينا معلومات من المستشفى عن تاريخ الولادة، في حالة تلقينا لمخصصات الحفاظ على الحمل حتى موعد الولادة دون تقديم طلب لإجازة الأمومة.

אם את בעלת שליטה או קרובת משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את סעיף ההצהרה בסוף עמוד 4.

يجب تعبئة بند التصريح في نهاية صفحة 4، إذا كنت صاحبة سيطرة أو هنالك قرابة عائلية مع صاحب سيطرة أو صاحب أسهم في شركة.

## כיצד יש להגיש את התביעה كيفية تقديم الطلب

את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:  
تستطيع تقديم الطلب مع الإثباتات اللازمة في إحدى الطرق التالية:

- למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il), ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.  
تعبئة الطلب في موقع التأمين الوطني [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il) وإرساله عبر الإنترنت مع المستندات الإضافية لفرع التأمين الوطني التابع لمكان سكنك.
- למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.  
تعبئة الطلب خطياً ونسخه ضوئياً مع المستندات الإضافية ومن ثم إرساله بواسطة موقع الإنترنت/إرسال مستندات.
- לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.  
إرساله بواسطة البريد، فاكس أو صندوق الخدمة المتواجد في الفرع الموجود في مكان سكنك.

לשאלות ולבירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).  
للأسئلة والاستفسار عليك التوجه لهاتف رقم 6050\* أو 04-8812345، أو الاستعانة بموقع الإنترنت [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

## חובה לחתום על טופס התביעה التوقيع على نموذج الطلب إلزامي

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

חותמת קבלה

**המוסד לביטוח לאומי**

מינהל הגמלאות  
גמלאות אמחות  
מؤسسة التأمين الوطني  
ادارة المخصصات  
مخصصات الأمومة



**תביעה לתשלום גמלה  
לשמירת הריון  
طلب لتلقي مخصصات  
الحفاظ على الحمل**

1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |

**1** **تفاصيل مقدمة الطلب**

מספר זהות رقم الهوية ס"ב	תאריך לידה تاريخ الميلاد שנה חוש יום سنة شهر يوم	שם פרטי الاسم الشخصي	שם משפחה اسم العائلة
שם משפחה לפני הנישואין اسم العائلة قبل الزواج	מס' שנות לימוד عدد سنوات التعليم	ארץ לידה دولة الولادة	שכירה • חברת קיבוץ أجيرة • عضوة في كيبوتس עצמאית, משלמת ד.ב בסניף مستقلة، تدفع رسوم التأمين في فرع

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ האם קיבלת בעבר גמלת שמירת הריון  לא  כן  
اسم الطبيب المعالج هل تلقيتي مخصصات الحفاظ على الحمل من قبل كلا  نعم

משלח יד – נא צייני בקצרה מהו תפקידך במקום העבודה (חובה למלא)  
المهنة – اشرحي رجاء، ما هي وظيفتك في مكان العمل باختصار (تعبئها إلزامية)

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

العنوان (المسجل في وزارة الداخلية) وتفاصيل الاتصال

מיקוד رقم المنطقة	יישוב البلدة	דירה الشقة	כניסה المدخل	מס' בית رقم المنزل	רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد
	דואר אלקטרוני البريد الالكتروني			טלפון נייד الهاتف الخليوي	טלפון קווי رقم الهاتف
	@				

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

إذا لم يكن الهاتف أو البريد الإلكتروني لك – الرجاء تكملة التفاصيل التالية للشخص الذي سيتم التواصل معه:

מס' זהות אש קשר رقم الهوية	שם פרטי איש קשר الاسم الشخصي	שם משפחה איש קשר اسم العائلة

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לדיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. ארצות אסלאם הרשאות אשר כוללות מידע אישי עובר القنوات المباشرة (الديجتال) (رسائل نصية – SMS, البريد الالكتروني) بدلاً من البريد العادي. يرجى الملاحظة أنه إذا لم تُشير لعلامة "أنا أرفض"، سيتم إرسال رسائل التأمين الوطني إلى القنوات المباشرة وفقاً للمعلومات

**מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)**

العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن العنوان أعلاه)

מיקוד رقم المنطقة	יישוב البلدة	דירה الشقة	כניסה المدخل	מס' בית رقم المنزل	רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد

2

אם לא עבדת ברציפות בשנה האחרונה, אנא מלאי חלק זה לגבי השנתיים האחרונות  
 إذا لم تعمل في السنة الأخيرة، الرجاء تعبئة هذا البند عن آخر سنتين.

נא צרפי אישורים מתאימים   
 الرجاء ارفاق الإثباتات اللازمة

1. שם מעסיק קודם \_\_\_\_\_ עבודה מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_  
 اسم صاحب العمل. العمل من تاريخ حتى
2. עבודה כעצמאית מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_  
 أعمل كمستقلة من تاريخ حتى
3. קיבלתי מהמוסד לביטוח לאומי גמלה מסוג: \_\_\_\_\_  
 تلقيت مخصصات من مؤسسة التأمين الوطني:  
 ▪ דמי לידה / חופשה למאמצת ▪ דמי אבטלה ▪ גמלה לשמירת הריון ▪ דמי פגיעה ▪ דמי תאונה ▪ נכות  
 مخصصات أمومة/عطلة لمتبنيه مخصصات بطالة مخصصات الحفاظ على الحمل اصابة عمل اصابة شخصية عجز  
 ▪ דמי לידה / חופשה למאמצת ▪ דמי אבטלה ▪ גמלה לשמירת הריון ▪ דמי פגיעה ▪ דמי תאונה ▪ נכות
4. שירתתי בצה"ל מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ . מס' אישי \_\_\_\_\_  
 خدمة عسكرية من تاريخ حتى . الرقم الشخصي  
 קיבלתי מקרן חופשה / קופת גמל – דמי חופשה / מחלה לתקופה מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_  
 تلقيت من صندوق الإجازات / صندوق توفير – رسوم إجازة / إجازة مرضية من حتى
5. קיבלתי מקרן חופשה / קופת גמל – דמי חופשה / מחלה לתקופה מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_  
 تلقيت مخصصات إجازة / بدل إجازة مرضية – من صندوق دفع بدل عُطل / صندوق ائتمان عن الفترة من حتى
6. שהיתי בהכשרה מקצועית מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ בקורס \_\_\_\_\_  
 كنت في التدريب المهني من حتى في دورة  
 מקום ההכשרה \_\_\_\_\_  
 مكان التدريب \_\_\_\_\_
7. שהיתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_  
 كنت في إجازة بدون أجر في الفترة من حتى

3

3

3

1. הפסקתי לעבוד / לעסוק במשלח יד בשל היריון ביום תופת עני העל / העל בענתי בעסב העל מן תאריך

שנה	חודש	יום
سنة	شهر	يوم

משלח יד \_\_\_\_\_  
المهنة

2. האם יש קשר משפחתי בין לבין מעסיקך? לא ■ כן, סוג הקרבה: \_\_\_\_\_  
هل توجد أي صلة قرابة مع صاحب العمل? كلا ■ نعم، نوع القرابة \_\_\_\_\_

3. אם את עובדת אצל מעסיקים נוספים במקביל, אנא צייני את שמות המעסיקים והאם קיימת קרבה משפחתית  
إذا كنت تعملين لدى أكثر من مشغل، الرجاء تسجيل جميع الاسماء وهل هنالك قرابة عائلية

שם המעסיק اسم المشغل	תפקידך במקום העבודה مهنتك في مكان العمل	מועד הפסקת עבודה تاريخ التوقف عن العمل	קרבה משפחתית قرابة عائلية
			■ כן, סוג הקרבה: _____ ■ לא קרא: _____ نعم، نوع القرابة: _____ كلا
			■ כן, סוג הקרבה: _____ ■ לא קרא: _____ نعم، نوع القرابة: _____ كلا

4. אני מקבלת תשלום בגין שמירת היריון  
ألتقي مخصصات عن الحفاظ على الحمل

■ מהמעביד תקופת התשלום: מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_  
من المشغل مدة الدفع: من تاريخ \_\_\_\_\_ حتى تاريخ \_\_\_\_\_

5. אני זכאית לתשלום בגין שמירת היריון - חובה למלא סעיף זה (ראי פירוט בדברי ההסבר)  
أستحق دفعات عن الحفاظ على الحمل - تعبئة هذا البند إلزامي (التوضيح مرفق في بنود الشرح)

■ מקופת הגמל ■ מקרן ביטוח ■ מקרן פנסיה ■ ממקור אחר \_\_\_\_\_  
صندوق الائتمان صندوق التأمين صندوق التقاعد من مصدر آخر

תקופת התשלום: מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_  
مدة الدفع: \_\_\_\_\_

6. ■ איני זכאית לתשלום בגין שמירת היריון ממקור אחר  
لا أستحق دفعات عن الحفاظ على الحمل من أي مصدر آخر.

4

**פרטי חשבון הבנק של התובעת**  
**تفاصيل حساب بنك مقدمة الطلب**

סוג חשבון نوع الحساب		שמות השותפים לחשבון اسماء الشركاء في الحساب	
פרטי • קיבוצי شخصي • كيبوحي			
מספר חשבון رقم الحساب	מס' סניף رقم الفرع	שם הסניף / כתובתו اسم الفرع / عنوانه	שם הבנק اسم البنك

אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכימה, שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטיהם של השותפים בחשבון ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה. 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 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.

ألتزم بإبلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أي تغيير قد يطرأ على هوية الشركاء في حساب البنك و/أو المفوضين في الحساب، والحصول على توقيعهم على استمارة تحديث الحساب. أوافق بأن يقوم البنك من حين إلى آخر بتزويد مؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، بتفاصيل الشركاء والمفوضين، وذلك خلال فترة الاستحقاق أو بعدها.

أوافق أن يقوم البنك بإعادة الأموال المودعة في حسابي لمؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، وذلك في حال قامت المؤسسة بتحويل مبلغ ما إلى حسابي بالخطأ أو بشكل غير قانوني، سواء كان كاملاً أو جزئياً. كما ويجوز للبنك تزويد المؤسسة بتفاصيل الأشخاص الذين قاموا بسحب الأموال. أوافق بأن تتوجه المؤسسة للبنك المذكور أعلاه، بواسطة الاتصالات المحوسبة، لغرض التحقق من ملكيتي لحساب البنك أعلاه وتزويدها بالمعلومات الضرورية لهذا الغرض. وبدلاً من ذلك، معلوماً لدي بأن المؤسسة تستطيع طلب مستندات واثباتات إضافية من أجل التحقق من تفاصيل حساب البنك المصرح عنه أعلاه ويجب علي إرفاقها حسب الطلب.

תאריך \_\_\_\_\_ שם השותף/ים \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \* \_\_\_\_\_  
 تاريخ \_\_\_\_\_ اسم الشريك/الشركاء \_\_\_\_\_ رقم الهوية \_\_\_\_\_ التوقيع

5

**אגף מן השרייה וסטרג'א**  
**اعفاء من الضريبة واسترجاع**

אם יש לך פטור מלא או חלקי ממס הכנסה – נא צרפי אישור מתאים ממס הכנסה  
 إذا كنت معفياً من الضريبة بشكل جزئي أو كامل – يجب إرفاق اثبات من ضريبة الدخل

**הצהרה**

**6**

**תסריח**

אני החתומה מטה מצהירה בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה 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.

أنا الموقع أدناه أصرح بهذا أن جميع التفاصيل التي قَدِّمت ضمن هذا الطلب وملاحقه صحيحة وكاملة. أعلم أن تزويد تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات تعتبر مخالفة للقانون، وأن الشخص الذي يقوم، بالعلم أو الاحتيال، للمصادقة على دفع المخصَّصات وفق هذا القانون، أو زيادتها عن طريق إخفاء تفاصيل ذات أهمية، سيعاقب بدفع غرامة أو بالسجن. أعلم أن أي تغيير في أحد تفاصيل هذا الطلب أو ملاحقه قد يؤثر على استحقاقى للمخصَّصات أو على تراكم دين، لهذا ألتزم بالتبليغ عن أي تغيير خلال 30 يوم.

أعلم بأنه يجب ابلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أي تغيير قد يحدث في تفاصيل الاتصال لدي. في حال عدم تحديث تفاصيل الاتصال فسيتم ارسال المعلومات عبر القنوات التي سجَّلتها في هذا النموذج.

חתימת התובעת \*

תوقيع مقدمة الطلب

תאריך

תاريخ

**אישור המעסיק על העסקת עובד – למילוי רק לאחר הפסקת העבודה**  
**تصريح المشغل حول توظيف العامل – يعبأ بعد التوقف عن العمل**

**1** **תفاصيل صاحب العمل**

טלפון קווי رقم الهاتف	מספר תיק ניכויים رقم ملف الخصومات	שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד اسم صاحب العمل/المصنع/الكيوتس/المشغل	
טלפון פקס رقم الفاكس	מיקוד رقم المنطقة	יישוב البلدة	מס' בית رقم المنزل
		רחוב / תא דואר شارع / صندوق بريد	

**2** **נמסר ב"א השכר – עליך תעבנה כל המידע הנדרש**  
**نصرح بأن السيدة – عليك تعبئة جميع الخانات**

מספר זהות رقم الهوية	עיסוק/תפקיד الوظيفة / المهنة	שם פרטי الاسم الشخصي	שם משפחה اسم العائلة
ועבדה עד תאריך وعملت حتى تاريخ	החלה לעבוד אצלי בתאריך بدأت العمل لدي من تاريخ		
אחר آخر	במזומן نقدا	בהמחאה في شيك	בבנק في البنك
כן, סוג הקרבה نعم, نوع القرابة	האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובדת? هل توجد أي صلة قرابة مع الموظفة?		
הסיבה להפסקת העבודה: سبب التوقف عن العمل:			

**תנאי העבודה והשכר:**  
**شروط العمل والأجر:**

1. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה, העובדת עבדה:  
 عملت الموظفة في آخر سنتين قبل تاريخ توقف العمل:

- ברציפות
- שלא ברציפות. פרט:
- בشكل متواصل
- غير متواصل. فصل:

- חופשה ללא תשלום מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_  
 إجازة بدون أجر من تاريخ \_\_\_\_\_ حتى تاريخ \_\_\_\_\_
- שנת שבתון/השתלמות מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_  
 إجازة دراسية/استكمال من تاريخ \_\_\_\_\_ حتى تاريخ \_\_\_\_\_
- אחר(פרט): \_\_\_\_\_ מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_  
 آخر (فصل): \_\_\_\_\_ من تاريخ \_\_\_\_\_ حتى تاريخ \_\_\_\_\_

2. מס' ימי עבודה בשבוע: \_\_\_\_\_  
 عدد أيام العمل اسبوعياً: \_\_\_\_\_



### פרטים על העבודה והשכר

3

#### תفاصيل العمل والأجر

פרט שכרה של העובדת (בש"ח) ב-10 חודשים שקדמו להפסקת עבודתה (אף אם אינם רצופים). יש לרשום את הסכומים כולל הפרשים ותשלומים בנוסף לשכר הרגיל (כגון הבראה, ביגוד, מענק חד-פעמי וכו')  
 فصل أجر الموظفة (شيكل جديد) في الـ 10 أشهر الأخيرة التي سبقت توقفها عن العمل (حتى وإن لم تكن متواصلة). يجب تسجيل المبالغ يشمل الفروقات والدفعات المضافة للأجر العادي (مثل، نقاهة، ملابس، منحة لمرة واحدة وما شابه)

מס' الرقم	בשנה/ בחודש في سنة/ في شهر	השכר החייב במס الأجر الملزم بضريبة	השכר החייב בדמי ביטוח الأجر الملزم برسوم تأمين	דמי ביטוח ודמי ביטוח בריאות שנוכו رسوم التأمين ورسوم التأمين الوطني التي خصمت	אחוז המשרה نسبة الوظيفة	בסיס השכר (חודשי, יומי, שכר לשעה) الأجر الأساسي (شهري, يومي, أجرة لساعة)	מספר ימי עבודה בעבורם שולם שכר (כולל ימי חג, חופשה, מחלה) عدد الأيام التي دفع الأجر مقابلها (يشمل أيام العيد, عطلة, إجازة مرضية)	היעדרויות בעבורם לא שולם שכר הגאיבות التي لم يدفع أجر مقابلها	סיבה السبب	מס' ימים عدد الأيام
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

### פירוט תשלומים חד-פעמיים והפרשים שנכללו בשכר

4

#### تفصيل الدفعات التي دفعت مرة واحدة والفروقات التي شملت في الأجر

בטור "מהות התשלום", לגבי תשלומים חד-פעמיים – יש לרשום את סוג התשלום, כגון: דמי הבראה, ביגוד, מענק חד-פעמי, משכורת י"ג, בונוס תקופתי וכו'.  
 לגבי "הפרשי שכר" (כולל שעות נוספות ופרמיות) – יש לרשום "הפרשים" ולשייך אותם לחודשים שבעדם הם שולמו.  
 بالنسبة للدفعات التي دفعت مرة واحدة - في عامود "ماهية الدفع" – يجب تسجيل نوع الدفعة, مثل: نقاهة, ملابس, منحة لمرة واحدة, معاش, 13, علاوة مؤقتة وما شابه.  
 بالنسبة لـ "فروقات الأجر" (تشمل الساعات الإضافية) – يجب تسجيل "الفروقات" وتسجيلها في خانة الأشهر التي دُفعت عنها.

מהות התשלום ماهية الدفعة	בחודש في شهر	שולם סכום בש"ח المبلغ المدفوع بـش.ج	בעבור תקופה عن الفترة
			עד תאריך حتى تاريخ
			מתאריך من تاريخ

5

**פרטים משלימים – התביעה לא תידון ללא מילוי סעיף זה**

תفاصيل مكملة – لن يفحص الطلب بدون تعبئة هذا البند

א. האם שולמו דמי מחלה עבור שמירת הריון?  לא  כן, עבור התקופה מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_  
 هل دفعت إجازة مرضية عن فترة الحفاظ على الحمل؟ كلا نعم، عن الفترة من \_\_\_\_\_ حتى \_\_\_\_\_

ב. אם סיבת השמירה היא סביבת עבודה מסכנת, יש לצרף מכתב מפורט מהמעסיק וכן אישור שלא נמצאה עבודה חלופית.  
 يجب ارفاق مكتوب مفصل من صاحب العمل وموافقة على عدم وجود وظيفة بديلة, اذا كانت بيئة العمل خطرة وهي سبب الحفاظ على الحمل.

ידועה לי הסיבה לשמירה והריני מצהיר בזאת כי לא נמצאה לה עבודה חלופית.  
 أعلم بسبب الحفاظ على الحمل وأصرح بهذا بأنه لا يوجد لها وظيفة بديلة.

6

**הצהרת המעסיק**

تصريح صاحب العمل

אני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתה של העובדת כנדרש בחלק זה.  
 أصرح بهذا بأنني قدمت جميع التفاصيل عن عمل الموظفة كما هو مطلوب في هذا البند.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת החותם ותפקידו \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת המעסיק/המפעל \*  
 تاريخ توقيع المصريح ووظيفته توقيع وختم مكان العمل/المشغل

7

**מס' תיק ביטוח לאומי / מס' ת.ז. / מס' שם משפחה / פרטי / חברה קיבוץ/מושב שיתופי**

مصادقة سكرتارية الكيبوتس / المستوطنة التعاونية

הנני מאשר שגב' \_\_\_\_\_ חברה קיבוץ/מושב שיתופי  
 أصرح بأن السيدة \_\_\_\_\_ عضوة في كيبوتس / مستوطنة تعاونية

שם משפחה \_\_\_\_\_ פרטי \_\_\_\_\_  
 اسم العائلة الاسم الشخصي

מס' ת.ז. \_\_\_\_\_  
 رقم الهوية

הנ"ל מבטחת החל מתאריך \_\_\_\_\_  
 المذكورة أعلاه مؤمنة من تاريخ

שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_  
 سنة شهر يوم

סוג הביטוח \_\_\_\_\_ אחוזי ביטוח \_\_\_\_\_  
 نوع التأمين نسبة التأمين

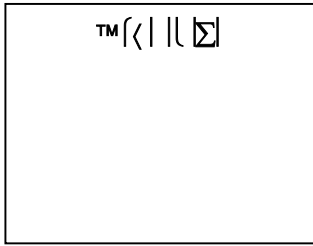
מס' תיק ביטוח לאומי \_\_\_\_\_  
 رقم الملف في التأمين الوطني

תאריך הפסקת עבודה \_\_\_\_\_  
 تاريخ التوقف عن العمل

שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_  
 سنة شهر يوم

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת החותם ותפקידו \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \*  
 تاريخ توقيع المصريح ووظيفته التوقيع والختم





**כתב ויתור סודיות רפואית  
שם הגמלה: שמירת הריון**

تصريح بالتنازل عن السرية الطبية  
اسم المخصّصات: الحفاظ على الحمل

1 0 1 0 1 0 1 0  
التفاصيل الشخصية

	<p><b>תאריך תביעה</b> تاريخ الطلب</p> <table border="1"> <tr> <td>יום</td> <td>חודש</td> <td>שנה</td> </tr> <tr> <td>יום</td> <td>شهر</td> <td>سنة</td> </tr> </table>	יום	חודש	שנה	יום	شهر	سنة	<p><b>מספר זהות</b> رقم الهوية</p> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					<p><b>קוד גמלה</b> رمز المخصّصات</p> <p>54</p>
יום	חודש	שנה																											
יום	شهر	سنة																											
<p><b>שם פרטי</b> الاسم الشخصي</p>		<p><b>שם משפחה</b> اسم العائلة</p>																											

חברה בקופת חולים

عضوة في صندوق المرضى

כללית  מאוחדת  מכבי  לאומית  אחר \_\_\_\_\_

קלאיט  מוהידית  מקאבי  לתומית  אחר \_\_\_\_\_

**הצהרה**

تصريح

אני הח"מ, שפרט"י האישיים מופיעים בטופס זה, מוותרת על הסודיות הרפואית שלי ומבקשת בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

אנא המועד אנהא, המזכורה תפאצילי אעلاه פי هذا الطلب، أتنازل عن السرية الطبية وأطلب بهذا تزويد مؤسسة التأمين الوطني أو من يمثلها، بكل المعلومات عن مرضي، حالتي الصحية، العلاج الذي أتلقاه، نتائج، أي ترتيب حول إطار خارج المنزل، أي معلومة كانت، كل مستند طبي أو تأهيلي أو نفسي عني شخصياً.

חתימת המבוטחת ✕

توقيع مقدمة الطلب

תאריך

تاريخ

## המוסד לביטוח לאומי

הלשכה הרפואית

مؤسسة التأمين الوطني  
المكتب الطبي

||| ™ | | | ™ | | | © | | | ™ | | |  
هذا القسم مخصص للطبيب المعالج

אל: הרופא המטפל  
אל: : الطبيب المعالج

### הנדון: גמלה לשמירת היריון

על פי חוק המוסד לביטוח לאומי, מבטוחת (עובדת שכירה או עובדת עצמאית) זכאית, בתנאים מסוימים, לקבלת גמלה לשמירת היריון.

"שמירת היריון" מוגדרת כהיעדרות מעבודה בתקופת ההריון, המתחייבת בשל:

1. מצב רפואי הנובע מההריון והמסכן את האישה או את עוברה

2. סכנה הנובעת ממקום העבודה או סוג העבודה

הכל בהתאם לאישור רפואי בכתב.

המוסד לביטוח לאומי אינו מתיימר לבקר החלטות מקצועיות של רופאי נשים. עם זאת יש להבהיר למטופלת כי החלטת הרופא לפסוק הפסקת עבודה אינה מזכה אוטומטית בגמלה לשמירת היריון.

הפסקת עבודה יכולה להינתן גם במסגרת ימי מחלה או הגבלה במקום העבודה. רופא מטעם המוסד לביטוח לאומי יבחן את הבקשה ויחליט אם קיימת התוויה לגמלה.

לא כל מנוחה והפסקת עבודה מזכה בגמלה, רק מצבים שנובעים ישירות מההריון ומסכנים את האישה יידונו במסגרת זו.

אני מבקש להדגיש כי כל בקשה לגמלה ובמיוחד בגמלאות ארוכות מחייבת תיעוד רפואי לצורך גיבוי.

בכל בקשה נא להתייחס ולנמק מדוע המצב מסכן את האישה או עוברה ולגבות זאת בתיעוד פרוספקטיבי ורלוונטי לבקשה.

להן פירוט תיעוד רפואי (מסמכים רפואיים), הנדרש לפי סיבת שמירת היריון:

1. הקאות יתר – תיעוד למתן נוזלים, ביקור במיון או במרפאה
2. דימום – תיעוד לביקור בחדר מיון או במרפאה לסיבוכי היריון או תיעוד של רופא על דימום.
3. כאבי גב, סימפיזיוליזיס או בעיות אורטופדיות – חוות דעת מקצועית של רופא אורטופד.
4. כאבי ראש – חוות דעת מקצועית של רופא נוירולוג.
5. בעיה נפשית – חוות דעת של רופא פסיכיאטר.
6. בעיה לבבית – חוות דעת של רופא קרדיולוג.
7. סביבת עבודה מסכנת : חוות דעת של רופא תעסוקתי

התיעוד חייב להיות רלוונטי לתקופת שמירת ההריון. תיעוד חלקי יאפשר מתן גמלה לתקופת התיעוד בלבד.

בסיבות שאינן מילדותיות, אין הרופא היועץ רשאי להמליץ על גמלה – אלא לציין את המגבלות ורופא מומחה נשים הוא שימליץ על השמירה בכפוף לחוות הדעת.

בברכה

מומחה גינקולוג- יועץ רפואי

## الموضوع: مخصّصات الحفاظ على الحمل

وفقاً لقانون التأمين الوطني، تستحق المؤمنة (موظفة أجنبية أو مستقلة) لمخصّصات الحفاظ على الحمل في حالات معيّنة.

" الحفاظ على الحمل" وتُعرّف كغياب عن العمل في فترة الحمل نتيجة:

1. حالة صحّية الناتجة عن الحمل والتي تسبّب خطورة على حياة الامراة الحامل وجنينها
2. خطر ناتج من مكان العمل أو نوع العمل.

كل هذا وفقاً لموافقة الطبيب.

مؤسسة التأمين الوطني لا تسعى لانتقاد قرارات اطباء النساء المهنيّة. مع ذلك، يجب التوضيح للمعالجات بأن قرار الطبيب بالتوقّف عن العمل لا يعني أن الاستحقاق لمخصّصات الحفاظ على العمل هو أكيد.

التوقف عن العمل يمكن أن يُعطى/يُستخدم كإجازة مرضية أو كنتيجة للصعوبات/الاعاقات في مكان العمل. طبيب من قبل مؤسسة التأمين الوطني، هو من يحدّد اذا يوجد استحقاق للمخصّصات نتيجة الظروف الصحّية. ليس كل استراحة أو توقف عن العمل قد يمنحك استحقاق المخصّصات، سيتم مناقشة الحالات الصحّية الناتجة عن الحمل والتي قد تسبّب خطر على حياة المرأة الحامل.

أود التشديد بأن كل طلب مخصّصات وخصوصاً المخصّصات التي قد تكون لفترة طويلة، مُلزّمة بإرفاق تقارير طبية لدعم ادعاء الاستحقاق لهذه المخصّصات.

في كل طلب يجب الشرح والتفصيل عن السبب/الحالة التي قد تسبّب خطر على حياة المرأة أو جينيتها مع ارفاق وثائق وسجلات تدعم هذا الادعاء.

فيما يلي الوثائق الطبيّة (تقارير طبيّة) المطلوبة حسب السبب الذي يتطلّب الحفاظ على العمل:

1. القىء المفرط – وثائق عن توفير السوائل، زيارة في غرفة الطوارئ أو العيادة.
2. نزيف – وثائق عن زيارة في غرفة الطوارئ أو العيادة لمضاعفات الحمل أو توثيق الطبيب عن النزيف.
3. أوجاع الظهر، سيمبوزيوليزيس أو مشاكل العظام – تقرير من طبيب مختص في العظام.
4. أوجاع الرأس – تقرير من طبيب أعصاب.
5. مشاكل نفسية – تقرير من طبيب نفسي.
6. مشكلة في القلب – تقرير من طبيب القلب.
7. بيئة عمل خطيرة – تقرير من طبيب مهنيّ.

يجب أن تكون الوثائق ذات صلة بفترة الحفاظ على الحمل. توثيق جزئي يمكن من الحصول على المخصّصات لفترة التوثيق فقط. قد لا يوصي الطبيب الاستشاري بالمخصّصات إذا لم تكن الأعراض من الطفولة – وإنما فقط لتحديد العوائق ومن ثم يقوم طبيب نسائي مختص بالتوصية على الحفاظ على الحمل بالاعتماد على الرأي الطبي.

مع الاحترام والتقدير،

طبيب نسائي مختص – مستشار طبي

מ'ס' זהות / דרכון <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
סוג המסמך 0   5	דפים <input type="text"/> <input type="text"/>	

**חותמת קבלה**

**המוסד לביטוח לאומי**  
 מינהל הגמלאות  
 مؤسسة التأمين الوطني  
 مديرية المخصصات  
**אישור רפואי לעניין גמלה**  
**לשמירת הריון**  
 تصريح طبي لمخصصات الحفاظ  
 على الحمل



**אישור הרופא המטפל אינו קובע זכאות לגמלה לשמירת הריון, אלא אם רופא המוסד, חווה דעתו ואישר בכתב את הוראת הרופא המטפל.**  
 تصريح الطبيب المعالج لا يحدد استحقاق مخصصات الحفاظ على الحمل, إلا اذا وافق طبيب مؤسسة التأمين الوطني خطيًا على تعليمات الطبيب المعالج.

1  
 تفاصيل مقدمة الطلب

מספר זהות رقم الهوية ס"ב <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	שם פרטי الاسم الشخصي	שם משפחה اسم العائلة
הגב' נמצאת בטיפול מיום: تتلقى السيدة العلاج من تاريخ:		שנה سنة <input type="text"/> <input type="text"/>
חודש شهر <input type="text"/> <input type="text"/>		יום يوم <input type="text"/> <input type="text"/>

2  
 حمل سابق

היסטוריה מילדותית קצרה:  
 معلومات عن فترات حمل سابقة:

---



---

מדינת ישראל - וועלט געזונט און פאמיליע זאך צענטער  
 الحمل الحالي - يجب ارفاق اثباتي طبي حديث

3

<p><b>תאריך לידה משוער</b>                  تاریخ الولادة المتوقع</p>	<p><b>תאריך מחזור אחרון</b>                  تاريخ الدورة الشهرية الأخيرة</p>																																																																				
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr> <td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td colspan="6"></td><td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td> </tr> <tr> <td>יום</td><td>שׁהר</td><td>שנה</td><td colspan="6"></td><td>יום</td><td>שׁהר</td><td>שנה</td> </tr> </table>											יום	חודש	שנה							יום	חודש	שנה	יום	שׁהר	שנה							יום	שׁהר	שנה	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr> <td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td colspan="6"></td><td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td> </tr> <tr> <td>יום</td><td>שׁהר</td><td>שנה</td><td colspan="6"></td><td>יום</td><td>שׁהר</td><td>שנה</td> </tr> </table>											יום	חודש	שנה							יום	חודש	שנה	יום	שׁהר	שנה							יום	שׁהר	שנה
יום	חודש	שנה							יום	חודש	שנה																																																										
יום	שׁהר	שנה							יום	שׁהר	שנה																																																										
יום	חודש	שנה							יום	חודש	שנה																																																										
יום	שׁהר	שנה							יום	שׁהר	שנה																																																										

א. בעיות רפואיות כלליות :  
 مشاكل طبية عامة:

\_\_\_\_\_

ב. הסיבות לשמירת הריון  
 الأسباب للحفاظ على الحمل

\_\_\_\_\_

ג. בדיקות עזר רלוונטיות שנערכו לבדיקת:  
 فحوصات مساعدة تم فحصها للمرأة ولها علاقة بالحفاظ على الحمل:

תאריך תאריך	בדיקה الفحص																																			
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr> <td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td colspan="6"></td><td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td> </tr> <tr> <td>יום</td><td>שׁהר</td><td>שנה</td><td colspan="6"></td><td>יום</td><td>שׁהר</td><td>שנה</td> </tr> </table>											יום	חודש	שנה							יום	חודש	שנה	יום	שׁהר	שנה							יום	שׁהר	שנה		1
יום	חודש	שנה							יום	חודש	שנה																									
יום	שׁהר	שנה							יום	שׁהר	שנה																									
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr> <td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td colspan="6"></td><td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td> </tr> <tr> <td>יום</td><td>שׁהר</td><td>שנה</td><td colspan="6"></td><td>יום</td><td>שׁהר</td><td>שנה</td> </tr> </table>											יום	חודש	שנה							יום	חודש	שנה	יום	שׁהר	שנה							יום	שׁהר	שנה		2
יום	חודש	שנה							יום	חודש	שנה																									
יום	שׁהר	שנה							יום	שׁהר	שנה																									

ד. נבדקה על ידי לקביעת הצורך בשמירת הריון בתאריכים המפורטים להלן:  
 قمت بفحصها لغرض تحديد الحاجة للحفاظ على الحمل في التواريخ المسجلة أدناه:

\_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3.

ה. אושפזה בשל שמירת הריון בתקופות המפורטות להלן: - חובה לצרף מסמכי אשפוז  
 مكثت الحامل في المستشفى نتيجة الحفاظ على الحمل في الفترات المسجلة أدناه: يجب ارفاق اثباتات عن المكوث ف المستشفى

	<p>עד תאריך حتى تاريخ</p>	<p>מתאריך من تاريخ</p>	
	_____	_____	1
	_____	_____	2



בהתאם לעמדותי המקצועית, הריני מאשר בזאת, כי בשל מצבה של הנבדקת :  
אוּפֵּק בְּהֵדָא, וּפְקָא לְרֵאיוֹי מְהֵנִי, בְּאִנֵּה תְּנִיגָה וּזְע הַחַמֵּל הַשְּׁחִי:

הנובע מן ההריון והמסכן אותה או את עובריה  
الناتج عن الحمل والذي يسبب خطرًا على حياة الحامل أو جنينها

הנובע ממקום העבודה או סוג העבודה והמהווה סכנה לה או לעובריה  
الناتج عن مكان العمل أو نوع العمل والذي يشكل خطورة لها ولجنينها

עליה להפסיק את עבודתה ולהיות בשמירת הריון מתאריך: \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_  
يجب عليها التوقف عن عملها وأن تكون في فترة للحفاظ على الحمل من تاريخ: \_\_\_\_\_ حتى: \_\_\_\_\_

אישור זה ניתן למוסד לביטוח לאומי לעניין תשלום גמלה לשמירת הריון  
أعطيت هذه الموافقة لمؤسسة التأمين الوطني لغرض دفع مخصصات الحفاظ على الحمل

תאריך סיום הריון אם חל לפני תאריך לידה משוער: \_\_\_\_\_  
تاريخ نهاية الحمل إذا حصل قبل تاريخ الولادة المتوقع:

**אישור זה ניתן לאחר שקראתי את ההנחיות בעמ' 6 והנני מצהיר בזאת שאין מדובר בחופשת מחלה רגילה**  
**أعطيت هذه الموافقة بعد أن قرأت التعليمات في صفحة رقم 6 , كما وأصرح بأنها ليست إجازة مرضية عادية.**

שם הרופא למחלות נשים ולידה: \_\_\_\_\_ מס' רישיון: \_\_\_\_\_  
اسم طبيب أمراض النساء والولادة: \_\_\_\_\_ رقم الرخصة: \_\_\_\_\_

כתובת המרפאה: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_  
عنوان العيادة: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

**פרטי הרופא המאשר לצורך התקשרות:**  
**اسم الطبيب المعالج للتواصل معه:**

שם \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_  
الاسم \_\_\_\_\_ العنوان \_\_\_\_\_

טלפון \_\_\_\_\_  
رقم الهاتف \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \* \_\_\_\_\_  
تاريخ \_\_\_\_\_ الختم والتوقيع \_\_\_\_\_

**רופא נשים נכבד, לפני מילוי הטופס, אנא קרא בעיון מכתב נלווה לטופס זה**  
**حضرة طبيب النساء المحترم, قبل تعبئة الطلب, الرجاء قراءة المکتوب المرفق لهذا النموذج جيدًا**

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד  
کتبت هذه الإستمارة بصيغة المذكر لكنّها موجهة للنساء والرجال على حدّ سواء