



מינהל הכללות
כללות אמהות
מוסسة التأمين الوطني
ادارة المخصصات
مخصصات الأمة

تبיעה לתשלום גמלאה לשמרית הריון طلب לتلכי מخصصات الحفاظ על الحمل

(יציאה ושהיה בחו"ל בזמן שמרית הריון שוללת את הזכאות לגמלאה)*
(الخروج والمكوث خارج البلاد في فترة الحفاظ على الحمل يلغى استحقاق المخصصات) *

חוובת לצרף לטופס זה

يجب إرفاق ما يلي

אישור הרפואי, ימולא ע"י רופא מומחה למחלות נשים ולידה בלבד. יש לצרף כרטיס מעקב הריון רפואי
וכן תעודה רפואי על הצורך בשפיראה.

يجب تعبئة التقرير الطبي لدى طبيب مختص بأمراض النساء والتوليد فقط. يجب إرفاق مستندات طبية توضح الحاجة لحفظ على الحمل.

אם משולמת לך קצבת נכות מסוימת סיבות בגין מוגשת הتبיעה לשמרית הריון, עליך להמציא מכתב מהרופא המטפל המפרט כיצד השפיע ההיריון על מצבך.

في حال كانت تدفع لك مخصصات إعاقة لنفس الأسباب التي تم من أجلها تقديم طلب الحفاظ على الحمل، فيجب عليك تقديم شهادة طبية من الطبيب المعالج والذي يوضح بالتفصيل كيف أثر الحمل على حالتك.

על המעסיק למלא את החלק בטופס המתיחס לאופיו ולמהות העבודה. (עמוד 5)
עובדת עצמאית תפרט ומתמלה את הנדרש.

يجب على صاحب العمل ملء جزء النموذج الذي يشير إلى ماهية وطبيعة العمل. (صفحة 5)
في حال عاملة مستقلة ستقوم هي بنفسها بتفصيل وتعبئة المطلوب.

ליודיעתך

لعلمك

תשלום גמלאה מותנה באישור רפואי מטעם הביטוח הלאומי, אשר רשאי לדרש פרטים רפואיים
 נוספים – ככל שיידרשו.

يتعلق دفع المخصصات بموافقة طبيب من قبل التأمين الوطني والذي قد يتطلب تفاصيل طبية إضافية.

כל תקופה נוספת של שמרית הריון מחייבת הגשת אישור רפואי בלבד על גבי טופס בל/331 וכן תעודה רפואי חדש, ואין צורך בהגשת טופס תביעה זה.

كل فترة إضافية للحفظ على الحمل تتلزم باحضار تقرير طبي معبراً في الطلب رقم 331 فقط مع اثباتات طبية حديثة ولا يوجد حاجة לتقديم طلب مخصصات جديد.
על פ"ז חוק:

לא תשלום גמלת שמרית הריון בתקופה בעודה משולמיםימי מחלת

לא תשלום גמלת שמרית הריון אם קיימת זכאות מכוח חיקוק אחר - חוותה למלא את סעיף 3 (5)
בעמ' 2

לא תשלום הגמלאה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחר) מיום הגשתה.
وفقا للقانون:

لا تدفع مخصصات الحفاظ على الحمل عن الأيام التي דفع عنهاجازة مرضية

لا تدفع مخصصات الحفاظ على الحمل إذا كان هناك استحقاق لمثل هذه المخصصات בواجب قانون آخر – يجب تعبئة البند 3 (5) في الصفحة 2

על פי חוק, לא תשלום הגמלאה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחר) מיום הגשתה.
وفقا للقانون، تدفع المخصصات באثر رجعي عن فترة أقصاها 12 أشهر من يوم تقديم الطلب.

אם תאשר לך גמלה לשמירת הרינו עד למועד הלידה, ונקבל מידע מבית החולים על הלידה, נשלם לך דמי לידי לחשבון הבנק אותו רשות בטופס זה, ללא צורך בהגשת תביעה לדמי לידי.

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

אם את בעלת שליטה או קרובות משפחה לבעל שליטה או לבעל מנויות בחברה, חובה למלא את סעיף ההצעה בסוף עמוד 4.
يجب تعبئة بند التصريح في نهاية صفحة 4، إذا كانت صاحبة سيطرة أو هناك قرابة عائلية مع صاحب سيطرة أو صاحب أسهم في شركة.

כיצד יש להגיש את התביעה كيفية تقديم الطلب

את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
تسنطليع تقديم الطلب مع الإثباتات الالزامية في أحدي الطرق التالية:

- למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי או www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
تعبئة الطلب في موقع التأمين الوطني www.btl.gov.il وارساله عبر الانترنت 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 ارساله بواسطة موقع الانترنت/ارسال مستندات.
- לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
ارساله بواسطة البريد، פקס אוصندوق الخدمة المتواجد في الفرع الموجود في مكان سكنك.
- לשאלות ולבירורים ניתן לפנות להתקשר למקד 6050* או 04-8812345*, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.
للأسئلة والاستفسار عليك التوجّه لטלפון رقم 6050* أو 04-8812345*, أو الاستعانة بموقع الانترنت www.btl.gov.il.

חוּבָה לְחַתּוֹם עַל טוֹפֵס הַתְּבִיעָה التَّوْقِيْعُ عَلَى نَمُوذْجِ الْطَّلَبِ إِلَزَامِي

 מספר זהות / דרכון <input type="checkbox"/> סוג דפים המסמך	לשימוש פנימי בלבד (סרייה)	חותמת קבלה
---	---------------------------	-------------------

המוסד לביטוח לאומי

МИנהל הגמלאות

גמלאות אמהות

מוסسة התאמין הלאומי

ادارة המخصصות

מחסכנות האומה

**تبיעה לתשלום גמלה****לשמרת הרוין****طلب לائق מخصصות****الحفظ على الحمل**

פרטי התובעת

تفاصيل מقدمة الطلب

1

מס' פרטி שם משפחה שםعائلة	שם השם פרטי שם המשפחה	תאריך לידה تاريخ الميلاد	מס' זהות رقم الهوية
מדב <input type="checkbox"/> רוווקה <input type="checkbox"/> גירושה <input type="checkbox"/> ידועה ציבורית	<input type="checkbox"/> שכירה <input type="checkbox"/> עצמאית, משלמת דמי ביטוח בסנייף	<input type="checkbox"/> חברת קיבוץ מס' שנות לימוד عدد سنوات التعليم	יומן חודש שנה

שם הרופא המתפלל

اسم الطبيب المعالج

האם קיבלת בעבר גמלת שמירת הרוין

هل تلقيتني مخصصات الحفاظ على الحمل من قبل

כן לא نعم لا

משלח יד – נא ציני בקצרה מהו תפקידך במקום העבודה (חוובת מלאה)

المهنة – أشرحي رجاءً، ما هي وظيفتك في مكان العمل باختصار (تعينتها إلزامية)

לידיעך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסתך משכר ומפנסיה מוקדמת. אם

אתה מתנגד לכך עליך לסמך את ההצהרה הבאה:

אני מסרבל שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים ולמשלמי הפנסיה המוקדמת שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (מוחשב) של הכנסתותי.

לודע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלוší שכר לצורך בירור זכאותי.

לטנק, לצורךمعالجة הطلب سوف תتوجهו אליוصاحب عملך حسب الحاجה, להحصول על بيانات דוחך מינרnat ראנט ומעاش تقاعد מוקדם, إذا كنت

תعرוץ על ذلك, عليك الإشارة إلى التصريح التالي:

אرفض הסמך לתאמין הלאומי بالتوجهו לאصحاب العمل ודافي מعاش التقاعد המוקדם בי להحصول על תقرיר رقمי (محושב) לדוחות.

אعلم أنه بسببرضي, سيتعين علي تقديم أدلة وبيانات وبيانات راتب لغرض فحص استحقاقى.

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטיה תקשורת

العنوان (المسجل في وزارة الداخلية) وتفاصيل الاتصال

מיקוד رقم المنطقة	יישוב البلدة	דירה השقة	כניסה הדخل	מס' בית رقم المنزل	רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد
טלפון נייד الهاتف الخلوي					
דואר אלקטרוני البريد الإلكتروني					
טלפון קווי رقم الهاتف					

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלים את הפרטים הבאים:
 إذا لم يكن الهاتف أو البريد الإلكتروني لك – الرجاء تكميلة 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), במקומות דואר וגיל. לדיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי ישלו בערוצים הדיגיטליים, לפ' המידע שמסרתת. אرفض אسلام הרسائل التي תشملمعلومات شخصية عبر القوات المباشرة (digital) (رسائل نصية – SMS, البريد الإلكتروني) بدلا מ البريد العادي. يرجى الملاحظة أنه إذا لم ثشير לעלامة "אנו אורפנס", سيتم إرسال رسائل التامין الوطني إلى القوات المباشرة وفقاً للمعلومات

**מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורשת לעיל)
العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن العنوان أعلاه)**

רחוב / תא דואר شارع/صندوقبريد	מספר בית מספר المنزل	כניסה הدخل	דירה השقة	"רחוב البلدة	מיקוד מספר المنطقة

**אם לא עבדת ברכיפות השנה האחרונות, أنا מלאי חלק זה לגבי השנתיים האחרונות
اذا لم تعمل في السنة الأخيرة، الرجاء تعينه هذا البند عن آخر سنتين.**

2

**נא צרף אישורים מתאימים
الرجاء ارفاق الإثباتات الازمة**

1. שם מעסיק קודם _____ עד _____ . עבודה מתאריך _____ العمل من تاريخ _____ עד _____ حتى _____ اسمصاحب العمل.
2. עבודה עצמאית מתאריך _____ עד _____ عمل مستقلة من تاريخ _____ حتى _____
3. קיבלתי מהמוסד לביטוח לאומי גמלה מסוג: תلقית מخصصات ממוסד לביטוח לאומי או מוסג: דמי תאונה נכות דמי לידה / חופשה למאצט דמי אבטלה גמלה לשמיירת הרין דמי פגעה דמי תאונה נכות מخصصات אוממה/علטה لمتبניה מخصصات بطالة مخصصات החזקתו על الحمل אכבה عمل אכבה شخصיה עجز
4. שירתתי בצה"ל מתאריך _____ עד _____ . מס' איש _____ حتى _____ الرقم الشخصي סדיר קבע שירות צבאי מטעם _____ עד _____ خدمة عادية ثابتת _____ קיברתי מקרן חופשה / קופת גמל – דמי חופשה / מחלה לתקופה מ _____ עד _____ תلقית מصندوق الإجازات / صندوق توفير – رسوم إجازة / إجازة مرضية من _____ حتى _____
5. קיבלתי מקרן חופשה / קופת גמל – דמי חופשה / מחלה לתקופה מ _____ עד _____ תلقית مخصصات إجازה / بدיל إجازה مرضية – من صندوقدفع بدיל غطل / صندوق ائمان عن الفترة من _____ עד _____ حتى _____
6. הייתה לי בהכשרה מקצועית מ _____ עד _____ בקורס _____ حتى _____ كنت في التדרيب المهني _____ מ _____ מקומ ההכשרה _____ مكان التدريب _____
7. הייתה לי בחופשה ללא תשלום בתקופה מ _____ עד _____ حتى _____ كنت في إجازة بدون أجر في الفترة من _____

פרטים משלימים

تفاصيل إضافية

1. הפסיקתי לעבוד / לאסע
במשלוח יד בשל הרווחם ביום
توقفت عن العمل / العمل בمهنتי
בسبب الحمل من تاريخ

משלוח יד
المهنة



2. האם יש קשר משפחתי בין לביי 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 الأسماء وهل هناك قرابة عائلية

שם המעסיק اسم المشغل	תפקידך במקום העבודה مهنتهك في مكان العمل	מועד הפסיקת עבודה تاريخ التوقف عن العمل	קרבה משפחתית قرابة عائلية
		◻ לא كلا	◻ כן, סוג הקרבה: نعم، نوع القرابة:
		◻ לא كلا	◻ כן, סוג הקרבה: نعم، نوع القرابة:

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

מהמבצע תקופת התשלום: מ^ים _____
من المشغل مدة الدفع: מ^يם _____
حتى تاريخ _____ עד י^מ

5. אני זכאית לתשלום בגין שמירת הרווח - חובה למלא סעיף זה (ראי פירוט בדברי ההסביר)
استحق دفعات عن الحفاظ على الحمل - تعبئة هذا البند إلزامي (التوضيح مرافق في بنود الشرح)

מקופת הגמל מקרן ביטוח מקרן פנסיה ממוקור אחר
صندوق الائتمان صندوق التأمين صندوق التقاعد من مصدر آخر
תקופת התשלום: מ^ים _____ עד י^מ _____
مدة الدفع:

6. אין זכאיות לתשלום בגין שמירת הרווח ממוקור אחר
لا استحق دفعات عن الحفاظ على الحمل من اي مصدر آخر.

פרט' חשבון הבנק של התובעת
תفصיל حساب בנק מقدمةطلب

4

שם הבנק שם البنك שם البنك שם البنك	שם הסניף / כתובתו שם הסניף / כתובתו שם הסניף / כתובתו	מספר חשבון מספר حساب מספר حساب	שם חשבון שם حساب שם حساب
אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיפוי כוח בחשבון, ולעודא להחותיהם על טופס עדכון חשבון. אני מסכימה, שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטייהם של השותפים בחשבון ומיפוי הכוח, במלחר תקופת הזכאות ולאחריה. אני מסכימה, שהבנק הנ"ל ייחיר למועד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המועד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולל או חלקו שלם בטיעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למועד את פרטייהם של מושכי התשלומים.	אני מסכימים כי המודע יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת מחושבת, לצורך איות בעליות בחשבון הבנק כפ' הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל או עובד מטעמו ימסור למועד את המידע הנוחץ לו לאיות פרט' חשבון הבנק שמסורתית' לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע איות פרט' חשבון	שם חסובני שם حساب שם حساب	שם חסובני שם حساب שם חסובני

אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיפוי כוח בחשבון, ולעודא להחותיהם על טופס עדכון חשבון. אני מסכימה, שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטייהם של השותפים בחשבון ומיפוי הכוח, במלחר תקופת הזכאות ולאחריה. אני מסכימה, שהבנק הנ"ל ייחיר למועד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המועד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולל או חלקו שלם בטיעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למועד את פרטייהם של מושכי התשלומים.

אני מסכימים כי המודע יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת מחושבת, לצורך **איות בעליות בחשבון הבנק** כפ' הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל או עובד מטעמו ימסור למועד את המידע הנוחץ לו לאיות פרט' חשבון הבנק שמסורתית' לעיל. **לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע איות פרט' חשבון**

הבנק שמסורתית לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישתך.

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

أوقف أن يقوم البنك بإعادة الأموال المودعة في حسابي لمؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبه، 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. أوقف بأن تتوجه المؤسسة للبنك المذكور أعلاه، بواسطة الاتصالات المحسوبة، لغرض التحقق من ملكيتي لحساب البنك أعلاه وتزويدها بالمعلومات الضرورية لهذا الغرض. وبدلاً من ذلك، معلوماً لدى بأن المؤسسة تستطيع طلب مستندات واثباتات إضافية من أجل التتحقق من تفاصيل حساب البنك المصرح عنه أعلاه ويجب على ارفاقها حسب الطلب.

תאריך _____	שם השותף/ ^{ים} اسم الشريك/ ^{הشركاء}	חתימה x التوقيع	מספר ת.ז. מספר الهوية
-------------	--	---------------------------	--------------------------

פטור ממם ונקודות זיכוי
اعفاء من الضريبة واسترجاع

5

אם יש לך חלק או חלק ממם הכנסה – נא צרפי אישור מתאים ממם הכנסה
إذا كنت معفياً من الضريبة بشكل جزئي أو كامل – يجب ارفاق إثبات من ضريبة الدخل

הצהרה

6

تصريح

אני החתום מהזה מצהירה בזה כי כל הפרטים שמסורתית בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסורת פרטם לא נכוןים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידיען למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלה, על ידי העלמת פרטם שיש להם חשיבות לעניין, דין קנס כספי או מאסר. ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסורתית 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 בפרטיו ההתקשרות, עלי להודיע על כך למועד לבתו לאומי. במקרה שלא יעדכנו פרטי ההתקשרות, המידע ישלח באמצעות הערכות אותן ציינתי על גבי טופס זה.

أنا الموقّع أدناه أصرّح بهذا أنَّ جميع التفاصيل التي قدمت ضمن هذا الطلب وملحّقها صحيحة وكاملة. أعلم أنَّ تزويد تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معلومات تعتبر مخالفه للقانون، وأنَّ الشخص الذي يقوم، بالعلم أو الاحتيال، للمصادقة على دفع المخصصات وفق هذا القانون، أو زيادتها عن طريق إخفاء تفاصيل ذات أهمية، سيُعاقب بدفع غرامة أو بالسجن. أعلم أنَّ أي تغيير في أحد تفاصيل هذا الطلب أو ملحّقه قد يؤثّر على استحقاقى للمخصصات أو على تراكم دين، لهذا ألتزم بالتبلغ عن أي تغيير خلال 30 يوم.

أعلم بأنه يجب إبلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أي تغيير قد يحدث في تفاصيل الاتصال لدى. في حال عدم تحديث تفاصيل الاتصال فسيتم إرسال المعلومات عبر القنوات التي سجلتها في هذا النموذج.

חתימת התובעת *

توقيع مقيدة الطلب

תאריך

تاريخ

אישור המעסיק על העסקת עובד – למלוי רק לאחר הפסקת העבודה
تصريح המשغل حول תوظיףعامل – ייעבא بعد התوقف عن العمل

1
פרטי המעסיק
تفاصيل صاحب العمل

טלפון קוו''ו מספר ת.ז. ניכוי	מספר תיק ניכוי שם המעסיק/המפעל/הקבוץ/המעביד	שםصاحب العمل/المصنع/الكيوتس/المشغل			
טלפון פקס מספר المنطقة	מיקוד שם البلد	מספר בית שם الشارع	מספר المنزل رقم المبنى	رقم الشارع / تأميني شارع / صندوق بريد	اسم العائلة
_____	_____	_____	_____	_____	_____

הנו מאשר בזיה שగברת – חובה למלא את כל השדות

نصرח بأن السيده – عليك تعينه جميع الخانات

2

מספר זהות מספר الهوية	עיסוק/תפקיד الوظيفة / المهنة	שם פרטי الاسم الشخصي	שם משפחه اسم العائلة
_____	_____	_____	_____

1. החלה לעבוד אצל אחד בתאריך _____
بدأت العمل لدي من تاريخ _____
وعملت حتى تاريخ _____

2. שכרה שלום בبنין בהמחאה במחוזן אחר
دفع الراتب في شيك في البنك نقدا آخر

3. האם יש קרבה משפחתית בין לבן העובדת? לא כן, סוג הקרבה _____
هل توجد أي صلة قرابة مع الموظفة؟ لا كلا
نعم, نوع القرابة _____

4. הסיבה להפסקת העבודה:
سبب التوقف عن العمل:

תנאי העבודה והשכר
شروط العمل والأجر

1. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה, העבדה עבדה:
عملت الموظفةி آخر سنين قبل تاريخ תوقف العمل:

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

עד ים _____
חופשא ללא תשלום מיום _____
جازה بدونأجرמן تاريخ _____
حتى تاريخ _____

עד ים _____
שנת שבתו/השתלמות מיום _____
جازה دراسية/استكمالمن تاريخ _____
حتى تاريخ _____

עד ים _____
אחר(פרט): _____
מיום _____
מן تاريخ _____
آخر (فصل): _____
حتى تاريخ _____

2. מס'ימי עבודה בשבוע: _____
מספר أيام العمل أسبوعيا:

3

פרטים על העבודה והשכר

تفصيل العمل والأجر

פרט שכרה של העובדת (בש"ח) ב-10 חודשים שקדמו להפסקת עבודתה (אף אם אינם רצופים). יש לרשום את הסכומים כולל הפרושים ותשולםים בנוסך לשכר הרגיל (כגון הבראה, ביגוד, מענק חד-פumni וכו') כולל אגר המوظفة (шибקל גדי) פי לא 10أشهر الأخيرة التي סבכתتوقفה عن العمل (حتى وإن لم تكون متواصلة). يجب تسجيل המبالغ יشمل הפרופכת והدفعות המضافת للأגר العادي (مثل, نقاهת, מלבס, מנהה לمرة واحدة ומما شابה)

מספר	חודש בח"ב	שכר בח"ב בmonth	בשנה/ شهر
1			מ' الرقم
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

4

פירוט תשולםים חד-פumniים והפרושים שנכללו בשכר

تفصيل الدفعات التي دفعت مرة واحدة والفرقفات التي شملت في الأجر

בutor "מהות התשלומים", לגבי תשולםים חד-פumniים – יש לרשום את סוג התשלומים, כגון: דמי הבראה, ביגוד, מענק חד-פumni, משכורת "ג", בונוס תקופתי וכו'.

לגביו " הפרשי שכר" (כולל שעות נוספות ופרמיות) – יש לרשום " הפרושים" ולשייר אותן למועדם שבעודם הם שולמו. بالنسبة לדفعות التي دفعت مرة واحدة - في عمود " מהיה הדفع" – يجب تسجيل نوع الدفعة, مثل: نقاهة, ملابس, منحة לمرة واحدة, מعاش 13,علاوة مؤقتת ומما شابه.

בנسبة ל "فرقفات الأجרא" (تشمل الساعات الإضافية) – يجب تسجيل "فرقفات" وتسجلها في خانة الأشهر التي דفعت عنها.

מהות התשלומים מזהה הדفعה	בחודש בשנה/ شهر	שיעור סכום בש"ח	בעבור תקופה عن الفترة
מענק חד-פumni			עד תאריך حتى تاريخ
מענק חד-פumni			מן תאריך
מענק חד-פumni			

פרטים משלימים – התביעה לאCIDון ללא MILI סעיף זה تفاصيل مكملة –لن يفحص الطلب بدون تعبئة هذا البند

5

- א. האם שלמו דמי מחלת עברו שמירת הרין? לא כן, עברו התקופה מ _____ עד _____ הילוי סעיף זה
هل دفعت إجازة مرضية عن فترة الحفاظ على الحمل؟ لا نعم، عن الفترة من _____ حتى _____ هل دفعت إجازة مرضية عن فترة الحفاظ على الحمل؟ كلا
- ב. אם סיבת השמירה היא סיבת 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 بينة العمل خطيرة وهي سبب الحفاظ على الحمل.
- ידועה לי החסבה לשמירה והריני מצהיר בזאת כי לא נמצאה לה עבודה חלופית.
أعلم بسبب الحفاظ على الحمل وأصرح بهذا بأنه لا يوجد لها وظيفة بديلة.

הצהרת המעסיק

تصريح صاحب العمل

6

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

תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו תאריך _____ توقيع وختم مكان العمل/المشغل
توقيع وختم المحرر ووظيفته تاریخ _____

אישור מזכירות הקיבוץ או המושב השיתופי

7

صادقة סקרתאי הקיבוס / المستوطنة التعاونية

הנני מאשר שגב'	אישור בגין הסيدة	שם משפחה	שם המשפחה	פרטי	חתימת החותם ותפקידו
_____ _____ X	_____ _____ X	_____ _____ X	_____ _____ X	_____ _____ X	_____ _____ X
חברת קיבוץ/מוסבב שיתופי ת.ז. _____ عضووة في كيبوس / مستوطنة تعاونية מספר الهوية _____	שם המשפחה שם העائلת _____	שם השخصي שם השחקן _____	שם המשפחה שם המשפחה _____	תאריך תאריך _____	חותימת החותם ותפקידו توقيع وختم مكان العمل/المشغل توقيع وختم المحرر ووظيفته _____ _____ X
אחדות' ביטוח نسبة التأمين	סוג הביטוח نوع التأمين	הן"ל מבוטחת החל מתאריך المذكورة أعلاه مؤمنة من تاريخ _____ _____ X	תאריך הפסיקת עבודה تاريخ التوقف عن العمل _____ _____ X	_____ _____ X	_____ _____ X
_____ _____ X	_____ _____ X	_____ _____ X	_____ _____ X	_____ _____ X	_____ _____ X
_____ _____ X	_____ _____ X	_____ _____ X	_____ _____ X	_____ _____ X	_____ _____ X
_____ _____ X	_____ _____ X	_____ _____ X	_____ _____ X	_____ _____ X	_____ _____ X
תאריך _____ תאריך _____ X		חותימת החותם ותפקידו توقيع وختم المحرر ووظيفته _____ _____ X		تاریخ _____ تاریخ _____ X	

**הצהרה למלוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה או בעל מניות בחברה בלבד
تصريح לטענה מני שליטה או קרוב משפחה או קרייב עלי או סאחב אסם שרים ברכות רק**

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבוצעת בפועל)
ما هي وظيفتك في العمل في موعد استحقاق المخصصات؟ (تفصيل العمل الذي تؤديه)

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובות)
أين تؤدي العمل فعليا؟ (سجل العنوان)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)
ما هي نسبة وظيفتك؟ (فصل الأيام وال ساعات)

פרטי העובדת שהחליפה אותו במהלך תקופת לידה והורות: שם
تفاصيل الموظفة التي قامت بتبديلها في فترة الولادة وتربية الأطفال: الاسم
ת.ז _____
رقم الهوية _____

הרini מצהיר כי הנתונים שלහן נכוןים
أصرح بأن هذه المعلومات صحيحة

תאריך _____
التاريخ _____
חתימה **X** _____
التوقيع _____
שם פרטי ומשפחה _____
الاسم الشخصي والعائلة _____

המוסד לביטוח לאומי
מינרל הגלומות
דמי לידה



**גמלה לשמרת הריאות והסביר המעסיק על מהות ואופי העבודה
מקচחות להحفاظ על الحمل וشرحصاحب العمل حول מהיה וטبيعة العمل**

פרטי העובדת

שם משפחה שם המשפחה	שם פרטי שם השם פרטי	מספר זהות מספר בطاقة الهوية המספר האضافي	שם פרטי שם השם פרטי

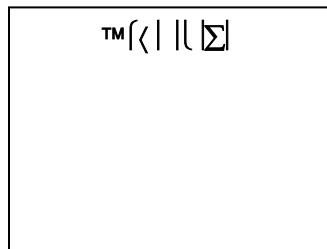
**פרט אופי ומהות העבודה של העובדת שהסיקה לעבוד בשל שמירת הריאות
فصل מהיה וטביעה عمل העاملתניתتوقف عن العمل للحفاظ על الحمل**

**פירוט שעות העבודה ימי העבודה בשבוע
تفصיל ساعات ו أيام العمل الأسبوعية**

**הצהרה
تصريح**

ידוע לי כי סיבת שמירת ההריון היא בשל סביבת העבודה ולא נמצאה לעובדת עבודה חלופית.
אعلمأن سبب الحفاظ على الحمل يعود إلى بيئة العمل ولم يتم العثور على عمل بديل للعاملة.
אני מצהיר בזאת כי הנתונים שמסרטני נכונים ומדויקים.
אصرح بهذا أن المعطيات التيسلمتها صحيحة ودقيقة

חתימה וחומרת המעסיק توقيع وختمصاحب العمل
תאריך _____ تاريخ _____



המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגלומות
דמי לידה
مؤسسة التأمين الوطني
 مديرية المخصصات
مخصصات الولادة



כתב ויתור סודיות רפואי
שם הגמלאה: שמירת הרון

تصريح بالتنازل عن السرية الطبية
اسم المخصصات: الحفاظ على الحمل

פרטים אישיים
التفاصيل الشخصية

תאריך תביעה تاريخ الطلب	מספר זהות رقم الهوية	קוד גמלה رمز المخصصات
 יום חודש שנה يوم شهر سنة	 _____	54

שם משפחה
اسم العائلة

חברה בקופת חולים
عضوة في صندوق المرضى

כללית מאוחדת מכבי לאומי אחר

 קלליت מוחודدة מכבי לאומי אחר

הצהרה
تصريح

אני הח"מ, שפרטיו האישיים מופיעים בטופס זה, מזותרת על הסודיות הרפואי שלי ומקשת בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצביו הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

انا الموقع أدناه, המذكورة تفصيلي أعلى في هذا الطلب, אتنازل عن السرية الطبية وأطلب بهذا תزويد مؤسسة التأمين الوطني أو من يمثلها, بكل المعلومات عنمرضى, حالتي الصحية, العلاج الذي أتلقاء, نتائجه, أي ترتيب حول إطار خارج المنزل, أي معلومة كانت, كل مستند طبى أو تأهيلي أو نفسى عنى شخصيا.

חתימת המבוטחת ✕

توقيع مقيدة الطلب

תאריך
تاريخ

המוסד לביטוח לאומי

הלשכה הרפואית

مؤسسة التأمين الوطني
المكتب الطبي

אל: הרופא המטפל
אל: الطبيب المعالج

הנדון: גמלה לשמרות הריאן

על פי חוק המוסד לביטוח לאומי, מבוטחת (עובדת שכירה או עובדת עצמאית) זכאיות, בתנאים מסוימים, לקבלת גמלה לשמרות הריאן.

- "שמירת הריאן" מוגדרת כהיעדרות מעובודה בתקופת ההריאן, המתחייבת בשל:
1. מצב רפואי הנובע מההריאן והמסכן את האישה או את עברה
 2. סכנה הנובעת ממוקם העבודה או סוג העבודה

הכל בהתאם לאישור רפואי בכתב.

המוסד לביטוח לאומי אינו מתימר לבקר החלטות מקצועיות של רפואי נשים. עם זאת יש להבהיר למטופלת כי החלטת הרופא לפסקת עבודה אינה מזכה אוטומטית בgamla לשמרות הריאן.

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

לא כל מנוחה והפסקת עבודה מזכה בגמלאה, רק מצבים שנובעים שירותי מההריאן ומסכנים את האישה ידונו במסגרת זו.

אני מבקש להציג כי כל בקשה לגמלאה ובמיוחד בגמלאות ארוכות מחיבת תעוד רפואי לצורך גיבוי.

בכל בקשה נא להתייחס ולنمוק מדויק מצב מסכן את האישה או עברה ולגבות זאת בתיעוד פרוספקטיבי ורלוונטי לבקשתה.

להן פירוט תעוד רפואי (מסמכים רפואיים), הנדרש לפי סיבת שמירת הריאן:

1. הקאות יתר – תעוד למתן נזלים, ביקור במין או במרפאה
2. דימום – תעוד לביקור בחדר מין או במרפאה לטיפול הריאן או תעוד של רפואי על דימום.
3. כאבי גב, סימפיזוליזיס או בעיות אורטופדיות – חוות דעת מקצועית של רפואי אורתופד.
4. כאבי ראש – חוות דעת מקצועית של רפואי נירולוג.
5. בעיה نفسית – חוות דעת של רפואי פסיכיאטר.
6. בעיה לבבית – חוות דעת של רפואי קרדיולוג.
7. סיבת עבודה מסכנת: חוות דעת של רפואי תעסוקתי

התיעוד חייב להיות רלוונטי לתקופת שמירת הריאן. תעוד חלקית אפשר מתן גמלה לתקופת התיעוד בלבד.

בסיבות שאין מילדיות, אין הרופא היוזץ רשאי להמליץ על גמלה – אלא לציין את המגבילות ורופא מומחה נשים הוא שימליך על השמירה בכפוף לחוות הדעת.

ברכה

מומחה גינקולוג – יועץ רפואי

חלק זה מיועד לרופא המטפל
הזה القسمخصص للطبيب المعالج

הנדון: גמלה לשמרות הריאן

الموضوع: مخصصات الحفاظ على الحمل

وفقًا لقانون التأمين الوطني، تستحق المؤمنة (موظفة أجيرة أو مستقلة) لمخصصات الحفاظ على الحمل في حالات معينة.

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

1. حالة صحية الناتجة عن الحمل والتي تسبب خطورة على حياة الامرأة الحامل وجنينها
 2. خطر ناتج من مكان العمل أو نوع العمل.
- كل هذا وفقًا لموافقة الطبيب.

مؤسسة التأمين الوطني لا تسعى لانتقاد قرارات أطباء النساء المهنئية. مع ذلك، يجب التوضيح للمعالجات بأن قرار الطبيب بالتوقف عن العمل لا يعني أن الاستحقاق لمخصصات الحفاظ على العمل هو أكيد.

التوقف عن العمل يمكن أن يعطى /يستخدم كإجازة مرضية أو كنتيجة للصعوبات/الاعاقات في مكان العمل. طبيب من قبل مؤسسة التأمين الوطني، هو من يحدد إذا يوجد استحقاق لمخصصات نتيجة الظروف الصحية.

ليس كل استراحة أو توقف عن العمل قد يمنحه استحقاق المخصصات، سيتم مناقشة الحالات الصحية الناتجة عن الحمل والتي قد تسبب خطر على حياة المرأة الحامل.

أود التشدد بأن كل طلب مخصصات وخصوصاً المخصصات التي قد تكون لفترة طويلة، ملزمة بارفاق تقارير طبية لدعم ادعاء الاستحقاق لهذه المخصصات.

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

فيما يلي الوثائق الطبية (تقارير طبية) المطلوبة حسب السبب الذي يتطلب الحفاظ على العمل:

1. القيء 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، سيمبوزيوميس أو مشاكل العظام - تقرير من طبيب متخصص في العظام.
4. أوجاع الرأس - تقرير من طبيب أعصاب.
5. مشاكل نفسية - تقرير من طبيب نفسى.
6. مشكلة في القلب - تقرير من طبيب القلب.
7. بيئة عمل خطيرة - تقرير من طبيب مهني.

يجب أن تكون الوثائق ذات صلة بفترة الحفاظ على الحمل. توثيق جزئي يمكن من الحصول على المخصصات لفترة التوثيق فقط. قد لا يوصي الطبيب الاستشاري بالمخصصات 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

<input type="text"/>				
מס' זהות / דרכון				
0 5	50ג	דפים	המספר	<input type="text"/>

לשימוש
פנימי
 בלבד
(סרייה)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מיניבל הגמלאות

مؤسسة التأمين الوطني
مديرية المخصصات



אישור רפואי לעניין גמלאה
לשמרית הריאן
تصريح طبي لمخصصات الحفاظ
على الحمل

אישור הרופא המטפל אינו קובע זכאות לגמלאה לשמרית הריאן, אלא אם רופא המוסד, חוווה דעתו
ואישר בכתב את הוראת הרופא המטפל.
تصريحالطبيب المعالج לא יحدد استحقاق مخصصات الحفاظ על الحمل, אלא إذا وافق طبيب مؤسسة التأمين الوطني خطياً على
تعليمات الطبيب المعالج.

פרטי התובעת

تفاصيل מقدمةطلب

1

מספר זהות رقم الهوية ב"ג	שם פרטי الاسم الشخصي	שם משפחه اسم العائلة
<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
יום	חודש	سنة

הגב' נמצאת בטיפול מיום:
تنطلق السيدة العلاج من تاريخ:

הריוןות קודמים

حمل سابق

2

ההיסטוריה מילודותית קצרה:

معلومات عن فترات حمل سابقة:

**הריון נוכחי – יש לצרף תיעוד רפואי רלוונטי
 الحمل الحالي – يجب אرفاق אثبتי רפואיديث**

3

תאריך לידה משוער تاریخ الولادة المتوقعة	תאריך מחזור אחרון تاریخ الدورة الشهرية الأخيرة
	

א. בעיות רפואיות כלליות :
مشاكل طبية عامة:

**ב. הסיבות לשימרת הריון
الأسباب لحفظ الحمل**

**ג. בדיקות עזר רלוונטיות שנערכו לנבדקת:
فحوصات مساعدة تم فحصها للمرأة ولها علاقة بالحفظ على الحمل:**

תאריך تاریخ	בדיקה الفحص	
		1
		2

**ד. נבדקה על ידי לקביעת הצורך בשימרת הריון בתאריכים המפורטים להלן:
فُقِتَ بفحصها لغرض تحديد الحاجة لحفظ على الحمل في التواريف المسجلة أدناه:**

1. _____ 2. _____ 3. _____

**ה. אושפזה בשל שימרת הריון בתקופות המפורטוות להלן: - חובה לצרף מסמכי אשפוז
مكث الحمل في المستشفى نتيجة الحفاظ على الحمل في الفترات المسجلة أدناه: يجب אرفاق אثبتאות عن המkosת במסشف**

עד تاريخ حتى تاريخ	מ刹那יר من تاريخ	1
עד تاريخ حتى تاريخ	מ刹那יר من تاريخ	2

בהתאם לעמדתי המקצועית, הריני מאשר בזאת, כי בשל מצבה של הנבדקת:
أوافق بهذا، وفقاً لرأيي المهني، بأنه نتيجة وضع الحامل الصحي:

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

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

עליה להפסיק את עבודתה ולהיות בשמירת הריון מתאיר:

يجب عليها التوقف عن عملها وأن تكون في فترة لحفظ الحمل من تاريخ:
حتى:

אישור זה ניתן למועד לבתו לאומי לעניין תשלום גמלאה 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 שקרהטי את הנהניות בעמ' 6 והנני מצהיר בזאת שאין מדובר בחופשת מחלת רגילה
أعطيت هذه الموافقة بعد أن قرأت التعليمات في صفحة رقم 6 ، كما وأصرح بأنها ليست إجازة مرضية عادلة.

שם הרופא למחלות נשים ולידה: _____
مس' רישוי: _____
اسم طبيب أمراض النساء والولادة: _____
رقم الرخصة:

כתובת המרפאה: _____
عنوان العيادة: _____
טלפון: _____
رقم الهاتف:

פרטי הרופא המאשר לצורכי התקשרות:
اسم الطبيب المعالج للتواصل معه:
שם _____
כתובת _____
العنوان _____
الاسم

טלפון _____
رقم الهاتف:

חתימה וחותמת ✕
תאריך _____
الختم والتوريع _____
تاریخ _____

רופא נשים נכבד, לפני מילוי הטופס, أنا קרא בעיון מכתב נלווה לטופס זה
حضره طبيب النساء المحترم, قبل تعينة الطلب, الرجاء قراءة المكتوب المرفق لهذا النموذج جيداً

טופס זה מנוטח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד
كتبت هذه الإستماراة بصيغة المذكر لكنها موجهة للنساء والرجال على حد سواء