



## תביעה להארכה או פיצול דמי לידה או גמלת הורים מאמצים

### חובה לצרף לטופס זה

- תביעה להארכה או פיצול עקב אשפוז ילד או יולדת - אישור מבית החולים על תקופות האשפוז.
- תביעה לפיצול - אישור מהמעסיק על חזרה לעבודה עקב הפיצול וחזרה לתקופת לידה והורות אחריה.

### לידיעתך

- לידיעתך : טופס זה יש להגיש רק לאחר הגשת תביעה לדמי לידה.
- ניתן להגיש את התביעה תוך שנה מהיום האחרון שבו נצברו 15 ימי אשפוז, המזכים בהארכה בהתאם להוראות החוק.
- אם נולד ילד לפני שבוע 33 או במשקל לידה פחות מ- 1750 גרם מומלץ לבדוק זכאותך לתשלום גמלה לילד/ה נכה על גבי טופס בל/7821.
- 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 מקוון באתר הביטוח הלאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il), ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
  - 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 ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון נקבה אך פונה לגברים ולנשים כאחד



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

תביעה להארכה או פיצול דמי  
לידה או גמלת הורים מאמצים

## חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

|                                                   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| מס' זהות / דרכון                                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div> <div>סוג המסמך</div> <div>דפים</div> </div> |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0                                                 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |

עמוד 1 מתוך 2

## פרטי התובעת

1

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות  
ס"ב

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

מצב משפחתי ☐ רווקה ☐ נשואה ☐ גרושה ☐ אלמנה ☐ ידועה בציבור

## כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

|                |            |                |      |      |       |
|----------------|------------|----------------|------|------|-------|
| רחוב / תא דואר | מספר בית   | כניסה          | דירה | ישוב | מיקוד |
|                |            |                |      |      |       |
| טלפון קווי     | טלפון נייד | דואר אלקטרוני: |      |      |       |
|                |            | _____@_____    |      |      |       |

## אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלימי את הפרטים הבאים:

|                  |                 |                         |
|------------------|-----------------|-------------------------|
| שם משפחה איש קשר | שם פרטי איש קשר | מס' זהות איש קשר<br>ס"ב |
|                  |                 |                         |

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

## מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

|                |          |       |      |      |       |
|----------------|----------|-------|------|------|-------|
| רחוב / תא דואר | מספר בית | כניסה | דירה | ישוב | מיקוד |
|                |          |       |      |      |       |

## פרטי חשבון הבנק של התובעת

2

שמות בעלי החשבון

סוג חשבון: ☐ פרטי ☐ קיבוץ

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

אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימים על טופס עדכון החשבון.

אני מסכימה שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה.

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 מסכימה 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.

✕

חתימת התובעת

תאריך

## תביעה בגין לידה / אימוץ מיום

3

|     |  |  |  |      |  |     |  |
|-----|--|--|--|------|--|-----|--|
|     |  |  |  |      |  |     |  |
| שנה |  |  |  | חודש |  | יום |  |

4

**תביעה להארכת דמי לידה או גמלת הורים מאמצים עקב אשפוז הילד או התובעת - יש לצרף אישור מבית חולים**

אשפוז הילד / התובעת

- ☐ הילד / התובעת שוחרר מביה"ח לאחר הלידה / האימוץ בתאריך \_\_\_\_\_
- ☐ הילד / התובעת נשאר בביה"ח לאחר הלידה / האימוץ עד \_\_\_\_\_
- ☐ הילד / התובעת אושפז מחדש ביום \_\_\_\_\_ שוחרר ביום \_\_\_\_\_

5

**תביעה לפיצול דמי לידה או גמלת הורים מאמצים עקב אשפוז הילד או התובעת**  
יש לצרף אישורים מביה"ח ומהמעסיק (ראה דברי הסבר בדף המקדים)

אשפוז הילד / התובעת

- ☐ הילד / התובעת נשאר בביה"ח לאחר הלידה / האימוץ עד \_\_\_\_\_
- ☐ הילד / התובעת אושפז מחדש ביום \_\_\_\_\_ ועדין שוהה בבית החולים
- ☐ הילד / התובעת אושפז מחדש ביום \_\_\_\_\_ ושוחרר ביום \_\_\_\_\_

6

**הצהרת התובעת**☐ טרם חזרתי לעבודה☐ חזרתי לעבודה ביום \_\_\_\_\_ ☐ חזרתי לתקופת לידה והורות או אימוץ ביום \_\_\_\_\_

☐ אני תובעת ☐ הארכת דמי לידה או גמלת הורים מאמצים עקב אשפוז הילד או התובעת.

☐ פיצול דמי לידה או גמלת הורים מאמצים עקב אשפוז הילד או התובעת.

אני החתומה מטה מצהירה 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 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 התובעת **x** \_\_\_\_\_