



תביעה להארכה או פיצול דמי לידה/דמי חופשה למאמץ

חובה לצרף לטופס זה

- ☞ בתביעה להארכה או פיצול עקב אשפוז ילד או יולדת - אישור מבית החולים על תקופות האשפוז.
- ☞ בתביעה לפיצול - אישור מהמעסיק על חזרה לעבודה עקב הפיצול וחזרה לחופשת לידה אחריה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ לידיעתך : טופס זה יש להגיש רק לאחר הגשת תביעה לדמי לידה.
- ☞ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון שמספרו *6050 או 04-8812345.
- ☞ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.
- ☞ לפי החוק, יש להגיש את התביעה תוך שנה מיום הזכאות הראשון לגמלה.

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה להארכה או פיצול דמי
לידה/דמי חופשה למאמץ

עמוד 1 מתוך 2

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="12" style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</td> </tr> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">סוג</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">המסמך</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">דפים</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">מיקוד</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">יישוב</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">מספר זהות ס"ב</td> </tr> </table>													מס' זהות / דרכון																								סוג		המסמך		דפים		מיקוד		יישוב		מספר זהות ס"ב	
מס' זהות / דרכון																																																		
סוג		המסמך		דפים		מיקוד		יישוב		מספר זהות ס"ב																																								

1 פרטי התובעת					
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
כתובת (הרשמה במשרד הפנים)					
רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
<input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת הודעות SMS					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)					
רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2 פרטי חשבון הבנק של התובעת					
שמות בעלי החשבון		סוג חשבון:			
		<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוץ			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון		
<p>אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימים על טופס עדכון החשבון.</p> <p>אני מסכימה שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה.</p> <p>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.</p>					
תאריך	חתימת התובעת *				

3 תביעה בגין לידה / אימוץ מיום																													
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="12" style="text-align: center;">שנה חודש יום</td> </tr> </table>																		שנה חודש יום											
שנה חודש יום																													

4 תביעה להארכת דמי לידה / דמי חופשה למאמץ עקב אישפוז הילד / התובעת - יש לצרף אישור מבית חולים					
אישפוז הילד / התובעת					
<input type="checkbox"/> הילד / התובעת שוחרר מביה"ח לאחר הלידה / האימוץ בתאריך _____					
<input type="checkbox"/> הילד / התובעת נשאר בביה"ח לאחר הלידה / האימוץ עד _____					
<input type="checkbox"/> הילד / התובעת אושפז מחדש ביום _____ שוחרר ביום _____					

5 תביעה לפיצול דמי לידה / דמי חופשה למאמצת עקב אשפוז הילד / התובעת
יש לצרף אישורים מביה"ח ומהמעסיק (ראה דברי הסבר בדף המקדים)

5

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 _____ ושחרר ביום _____

6 הצהרת התובעת

6

1. טרם חזרתי לעבודה
2. חזרתי לעבודה ביום _____ חזרתי לחופשת לידה / אימוץ ביום _____
3. אני תובעת הארכת דמי לידה / דמי חופשה למאמצת עקב אשפוז הילד / התובעת.
 פיצול דמי לידה / דמי חופשה למאמצת עקב אשפוז הילד / התובעת.
4. 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 ביודעין 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.

תאריך _____ חתימת התובעת * _____