



תביעה לתשלום דמי לידה ליולדת

חובה לצרף לטופס זה

- אם מוגשת תביעה לפני הלידה – על רופא נשים למלא ולאשר את סעיף 4. ↵
- אם מוגשת תביעה בעקבות לידה שארעה בבית או בבית חולים בחו"ל – יש לצרף אישור רשמי על הלידה. ↵
- אם חלו שינויים בשכר ב-3 החודשים שקדמו להפסקת העבודה, מסיבה רפואית או מסיבה שלא צוינה ע"י המעסיק – יש להמציא אישור מתאים. ↵
- אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 11 בעמוד 4. ↵

כיצד יש להגיש את התביעה

לידיעתך: ↵

תובעת דמי לידה - את התביעה ניתן להגיש לאחר הפסקת העבודה, בתנאי שנותרו פחות מ-9 שבועות למועד הלידה המשוער.

לפי החוק את התביעה יש להגיש תוך שנה מיום הזכאות הראשון. ↵

את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולברורים יש לפנות לטלפון שמספרו *6050 או 04-8812345. ↵

מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il. ↵

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לתשלום דמי לידה

חותמת קבלה

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80%;"></div> <div>מס' זהות / דרכון</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div> <div>סוג המסמך</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40%;"></div> <div>דפים</div> </div> </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
--	---------------------------

1 פרטי התובעת

שם משפחה (נוכחי)	שם משפחה (לפני הנישואין)	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
<input type="checkbox"/> שכירה <input type="checkbox"/> חברת קיבוץ <input type="checkbox"/> עצמאית משלמת ד.ב. בסניף _____	עבדתי עד יום כולל יום זה שנה _____ חודש _____ יום _____	שנת לידה	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
		יישוב	מיקוד

2 פרטי חשבון הבנק של התובעת

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

3 פרטי הלידה – יש לצרף אישור מקורי מביה"ח

תאריך הלידה שנה _____ חודש _____ יום _____	שם ביה"ח	מס' הילדים בלידה הנוכחית	אם חזרת לעבודה, נא צייני תאריך: שנה _____ חודש _____ יום _____
האם בכוונתך להתחלף עם בן הזוג בחופשת הלידה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא			

4 אישור רפואי - למילוי ע"י רופא נשים לתובעת שטרם ילידה

הנני מאשר שבדקתי את הגב' _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ ביום _____ / _____ / _____ שנה _____ חודש _____ יום _____

מס' שבועות של הריון _____ תאריך לידה משוער _____ / _____ / _____ שנה _____ חודש _____ יום _____

שם רופא הנשים _____ חתימה וחותמת הרופא * _____

5

פרטים על מקום העבודה האחרון

שם המעסיק/המפעל	עיסוקך/תפקידך במקום העבודה	תאריך הפסקת עבודה שנה חודש יום
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין מעסיקך <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		
כן, סוג הקרבה: _____ - נא מלא הצהרה בסעיף 11 בטופס.		
אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה צייני שמות מעסיקים:		

האם הנך בעלת מניות ו/או בעלת שליטה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן – עליך למלא את ההצהרה בסעיף 11 בטופס		

6

אם לא עבדת ברציפות בשנה האחרונה, אנא מלאי חלק זה לגבי השנתיים האחרונות וצרפי אישורים מתאימים

1. שם מעסיק קודם _____ עבודה מתאריך: _____/_____/_____
 עד: _____/_____/_____
 שנה | חודש | יום שנה | חודש | יום

2. עבודה כעצמאית מתאריך: _____/_____/_____
 עד: _____/_____/_____
 שנה | חודש | יום שנה | חודש | יום

3. קיבלתי מהמוסד לביטוח לאומי גמלת:
 דמי לידה/דמי חופשה למאמץ דמי אבטלה גמלה לשמירת הריון דמי פגיעה דמי תאונה
 קיבלתי תשלום מקרן חופשה שהיתי בהכשרה מקצועית

4. שרתי בצה"ל מ _____/_____/_____
 עד _____/_____/_____
 שנה | חודש | יום שנה | חודש | יום
 קבע סדיר

5. שהיתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מתאריך: _____/_____/_____
 עד: _____/_____/_____
 שנה | חודש | יום שנה | חודש | יום

7

הצהרת התובעת

אני החתומה מטה תובעת גמלת דמי לידה ומצהירה בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
 ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה 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 יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
 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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

תאריך _____ חתימת התובעת או מקבלת המלגה או מגישת התביעה **x** _____

8

למילוי ע"י המעסיק – רק לאחר הפסקת עבודה

שם המעסיק		מספר תיק בב. לאומי		טלפון קווי		מספר פקס	
רחוב		מס' בית		כניסה		דירה	
הנני מאשר כי גברת		שם משפחה		פרטי		ת. זהות	
החלה לעבוד אצלי ביום		עבדה עד יום כולל יום זה		שכרה שולם		האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובדת?	
שנה חודש יום		שנה חודש יום		<input type="checkbox"/> בבנק <input type="checkbox"/> בהמחאה <input type="checkbox"/> במזומן <input type="checkbox"/> אחר		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג קרבה _____	
שנה חודש יום		שנה חודש יום					

9

תנאי העבודה והשכר

1. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבדה: ברציפות שלא ברציפות, פרט: _____ עד _____
 חופשה ללא תשלום מתאריך _____ עד _____
 אחר, פרט: _____ מ _____ עד _____

2. מס' ימי עבודה בשבוע _____

3. פרוט שכרה (בש"ח) ב-10 חודשים שקדמו להפסקת עבודתה (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 משרה	מס' עבודה בשכר	שעות עבודה	מס' ימים עבורם לא שולם שכר
1								סיבה
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

4. פרוט הפרשים והתשלומים הנוספים שנכללו בסעיף 3 ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה:

בחודש	שולם (₪)	עבור תקופה	
		מתאריך	עד תאריך
1			
2			
3			
4			

סיבה אחרת לשינויים בשכר _____

10

הצהרת מעסיק

הנני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתה ובשכרוה של העובדת כנדרש בחלק זה.

_____ x _____

תאריך שם החותם ותפקידו חתימת וחותמת העסק/המפעל

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד

חובה להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) _____

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) _____

הריני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה ✕ _____
