



תביעה לדמי אבטלה

חובה לצרף לטופס זה

- ✎ מכתב על הפסקת עבודה מהמעסיק המציין את סיבת הפסקת העבודה (כגון פיטורין, התפטרות, יציאה לחל"ת, פנסיה וכד') ותאריך ההפסקה, החתום בחתימה וחותמת המעסיק.
- ✎ אם אתה נמצא בחופשה ללא תשלום, לפחות 30 ימים, עליך לצרף אישור מהמעסיק המציין ביוזמת מי היציאה לחופשה ללא תשלום, לציין את תקופת החופשה ללא תשלום הצפויה, ואת יתרת ימי החופשה המגיעים לך, אם יש. אם ניצלת את כל יתרת ימי החופשה לפני היציאה לחופשה ללא תשלום, המעסיק נדרש לציין כי אין יתרת ימי חופשה.
- ✎ אישור המעסיק על תקופת ההעסקה ועל השכר (עמ' 5 – 6 בטופס זה, אפשר לקבל טופס נפרד בל/1514) או תלושי שכר של 12 חודשי עבודה לפחות בתוך 18 חודשים אחרונים שקדמו להתייצבותך הראשונה בשירות התעסוקה כדורש עבודה, אשר כוללים את 6 חודשי העבודה האחרונים.
- ✎ אם עבדת אצל שני מעסיקים או יותר עליך לצרף תלושי שכר או אישור המעסיק על תקופת העסקה ועל השכר מכל המעסיקים, גם אם אתה ממשיך לעבוד אצל אחד או יותר מהם.
- ✎ **מי שנמצא בהכשרה מקצועית:** אישור מלשכת שירות התעסוקה על הפנייה לקורס (טופס ש"ת - 22).

לידיעתך

- ✎ **לתשומת לבך,** הפקיד המטפל רשאי, על פי שיקול דעתו, לדרוש גם תלושי שכר או אישור מעסיק, במקרים שבהם חסרים במסמכים שהוגשו נתונים חיוניים להשלמת הטיפול בתביעה.
- ✎ **חובה** להירשם בשירות התעסוקה סמוך להפסקת העבודה. ללא רישום בלשכה תידחה תביעתך
- ✎ **על פי חוק לא תשולם הקצבה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.**

כיצד יש להגיש את התביעה

- ✎ יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- ✎ **לשימת ליבך – הגשת תביעה ללא כל המסמכים שהתבקשת לצרף, תעכב את הטיפול בתביעתך.**
- ✎ **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי 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 וברורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אבטלה

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך		דפים							
0	0								

תביעה לדמי אבטלה

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם משפחה קודם	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
תאריך לידה	שנה חודש יום	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	
מצב משפחתי			
<input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> גרושה – בחזקת מי הילדים? _____ <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור האם מתגוררים אתך ילדים חורגים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, יש לצרף אישור לימודים, דו"ח סוציאלי, פסק דין וכו'. מספר ילדים חורגים _____			

ילדים בגיל 18-24

תלמיד/ חייל / שירות לאומי: ת"ז _____ תאריך שחרור / סיום לימודים _____ נא לצרף אישור
 תלמיד / חייל / שירות לאומי: ת"ז _____ תאריך שחרור / סיום לימודים _____ נא לצרף אישור
 תלמיד / חייל / שירות לאומי: ת"ז _____ תאריך שחרור / סיום לימודים _____ נא לצרף אישור

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשורת

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		@ _____

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

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב

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

2

פרטי חשבון הבנק של התובע - (יש לציין חשבון בנק הרשום על שמך או שאתה שותף בו)

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

3 פרטים על תקופת האבטלה

3

יש לרשום את החודש הראשון שבו התייצבת בשירות התעסוקה ובגיננו אתה דורש אבטלה

שנה				חודש			

שים לב: ללא התייצבות בשירות התעסוקה, תידחה תביעתך.

4 אם טרם מלאו לך 20 שנה (סמן ✓ במשבצת המתאימה והשלם כנדרש)

4

1. אני חייל משוחרר בדחיית שירות פטור משירות ביטחון * נא לצרף אישור או תעודה
2. שירתי שירות לאומי או לאומי אזרחי מתאריך _____ עד תאריך _____ * נא לצרף אישור
3. אני מפרנס יחיד של משפחתי ובה: הורה/ים אח/ים ילד/ים
4. יש לי ילד ועיקר פרנסתו עליי
5. הכנסת בן/בת זוג _____ * נא לצרף תלוש שכר

5 אם טרם מלאו לך 45 שנה, נא לציין פרטים על הכנסות בן/בת הזוג - בתנאים מסוימים, גובה ההכנסה יכול להשפיע על מספר ימי האבטלה לתשלום

5

- לא עובד/ת
- הכנסה מעבודה (יש לצרף תלוש שכר אחרון)
- הכנסה ממשלח יד (עצמאי)
- הכנסה מפנסיה (יש לצרף תלוש פנסיה אחרון)

8

פרטים על עיסוקים והכנסות בתקופת האבטלה (סמן ✓ במשבצת המתאימה והשלם כנדרש)

קצבת פרישה או פנסיה פנסיות נכות/רפואית

יש להגיש תלוש פנסיה רק של החודש הראשון שבעבורו אתה תובע דמי אבטלה

כעצמאי – סוג העסק _____ תאריך פתיחת העסק _____

כשכיר – שם המעסיק _____

יש להגיש תלוש שכר בכל חודש בתקופה שבה אתה מקבל אבטלה.

יש לי הכנסות כבעל שליטה בחברה _____

למובטלת מעל גיל 60 - האם הגשת תביעה לקצבת אזרח ותיק? לא כן, בתאריך

אין לי הכנסות מכל אחד מהמקורות הרשומים לעיל.

לתשומת לבך, אם במהלך תקופת האבטלה תהיה זכאי לפנסיה, אתה נדרש להגיש תלוש פנסיה ראשון.

חתימת התובע *

9

פרטים בעבור נבחנים בעריכת דין ובראיית חשבון (אם אתה מתכוון להיבחן, נא מלא סעיף זה)

נרשמתי לבחינה במקצועות מעשיים בכתב לפי הוראות חוק לשכת עורכי הדין, התשכ"א - 1961. תאריך הבחינה _____

נרשמתי לבחינה סופית חלק ב' בנושא חשבונאות פיננסית מתקדמת מטעם מועצת רואי חשבון לפי חוק רואי חשבון, התשט"ו - 1955. תאריך הבחינה _____

נרשמתי לבחינה סופית חלק ב' בנושא ביקורת חשבונות ובעיות ביקורת מיוחדות מטעם מועצת רואי חשבון לפי חוק רואי חשבון. תאריך הבחינה _____

10

פטור ממס ונקודות זיכוי נוספות

אם יש לך פטור מלא/חלקי ממס הכנסה או נקודות זיכוי נוספות, נא צרף אישור ממס כנסה.

שים לב! אם אתה משלם דמי מזונות אתה עשוי להיות זכאי לנקודת זיכוי נוספת במס הכנסה. עליך להמציא אישור מתאים.

11

הצהרה

אני החתום מטה תובע דמי אבטלה לפי הפרטים שמסרתי בתביעה זו. אני מצהיר בזה, כי כל הפרטים בתביעה ובצירופיה הם נכונים ומלאים. אני מתחייב, כי כל עוד אהיה זכאי לדמי אבטלה אודיע למוסד לביטוח לאומי מיד על כל שינוי שיחול באחד הפרטים בתביעה זו, כולל שינויים בהכנסותי מעבודה, ממשלח יד, מפנסיה או מגמלה אחרת מביטוח לאומי.

לעובד שהושעה מעבודה: אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על תשלומי שכר או הפרשי שכר שישולמו לי בעבור תקופת ההשעה, כולל תשלומים שיבוצעו רטרואקטיבית.

ידוע לי, כי בהתאם לחוק הביטוח הלאומי, אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן גמלה לפי חוק זה, או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, עובר על החוק וצפוי לקנס כספי ומאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכים 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 יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

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.

חתימת התובע *

תאריך _____



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אבטלה

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך

דפים

0 | 3

אישור המעסיק על תקופת ההעסקה ועל השכר

I פרטי המעסיק

שם המעסיק			מספר תיק ניכויים		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי		טלפון פקס		דואר אלקטרוני	
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

פרטי העובד השכיר

אנו מאשרים בזה שהרשום מטה הועסק על ידינו כעובד שכיר, ועבודתו הופסקה, בהתאם לפרטים הרשומים מטה:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב	תקופת העסקה מתאריך:	עד תאריך:
הסיבה להפסקת העבודה: <input type="checkbox"/> פיטורין ביוזמת המעסיק <input type="checkbox"/> פרישה לפנסיה – ביוזמת המעסיק <input type="checkbox"/> יציאה לחל"ת ביוזמת המעסיק <input type="checkbox"/> התפטרות ביוזמת העובד <input type="checkbox"/> פרישה לפנסיה – ביוזמת העובד <input type="checkbox"/> יציאה לחל"ת ביוזמת העובד <input type="checkbox"/> סיבה אחרת. נא לפרט: _____				
למי שנמצא בחל"ת, ציין תקופת חל"ת			הערות לסיבה להפסקת העבודה	
מספר ימי חופשה שנותרו			זכאי לקצבת פרישה	
שכרו שולם על בסיס			עובד במשמרות	
<input type="checkbox"/> יומי <input type="checkbox"/> שעות <input type="checkbox"/> אחר			<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
שולם תשלום בגין אי מתן הודעה מוקדמת (ימים/חודשים): מתאריך: _____ עד תאריך: _____			האם העובד מוגדר כיום או היה מוגדר בעבר במס הכנסה כבעל שליטה בחברת מעטים (כהגדרתו בסעיף 32 לפקודת מס הכנסה) <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
השכר שולם <input type="checkbox"/> בבנק <input type="checkbox"/> בהמחאה <input type="checkbox"/> במזומן <input type="checkbox"/> אחר _____			קיימת קרבה משפחתית בינך לבין העובד. <input type="checkbox"/> כן, מסוג _____ <input type="checkbox"/> לא	

הצהרת המעסיק

אני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים לעבודתו של העובד כנדרש בחלק זה.

תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו _____ חתימת וחותמת המעסיק/המפעל _____ X

