



תביעה להארכה או פיצול דמי לידה או גמלת הורים מאמצים

חובה לצרף לטופס זה

- ☞ בתביעה להארכה או פיצול עקב אשפוז ילד או יולדת - אישור מבית החולים על תקופת האשפוז.
- ☞ בתביעה 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.**
- ☞ לפי החוק, יש להגיש את התביעה תוך שנה מיום הזכאות הראשון לגמלה.
- ☞ 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, 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 נקבה אך פונה לגברים ולנשים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה להארכה או פיצול דמי
לידה או גמלת הורים מאמצים

עמוד 1 מתוך 2

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center;">סוג המסמך</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center;">דפים</div> </div> </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
---	---------------------------

חותמת קבלה

1 פרטי התובעת
1

מספר זהות ס"ב <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	שם פרטי	שם משפחה			
מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> נשואה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> ידועה בציבור <input type="checkbox"/>					
כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מספר בית	רחוב / תא דואר
דואר אלקטרוני: _____ @ _____			טלפון נייד <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>		טלפון קווי <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלימי את הפרטים הבאים:					
מס' זהות איש קשר ס"ב <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	שם פרטי איש קשר	שם משפחה איש קשר			
<input type="checkbox"/> אני מסרבת לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרבת", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מספר בית	רחוב / תא דואר

2 פרטי חשבון הבנק של התובעת
2

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

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 ו/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.

תאריך _____ חתימת התובעת **x** _____

3 תביעה בגין לידה / אימוץ מיום
3

שנה <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	חודש <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	יום <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>
--	---	--

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

1. טרם חזרתי לעבודה2. חזרתי לעבודה ביום _____ חזרתי לתקופת לידה והורות או אימוץ ביום _____3. 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.

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 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