



תביעה לתשלום תגמול מיוחד לבן זוג לילדת נכה

חובה לצרף לטופס זה

- ✎ אישור מרופא מטפל המאשר שנבצר מבת זוגך לטפל בילד בשל נכותה.
- ✎ אם חלו שינויים בשכרך ב-6 החודשים שקדמו להפסקת העבודה – יש לצרף אישור מתאים.
- ✎ אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או בעל מניות בחברה, יש למלא את ההצהרה בסעיף 6.

לידיעתך

- ✎ תביעה זו מיועדת לבן זוג של יולדת נכה, שנקבעה לה דרגת נכות בשיעור 100% אי כושר השתכרות.
- ✎ קיימים תנאים מצטברים הנדרשים על מנת לקבל זכאות. יש לברר פרטים אלו לפני היציאה לתקופת לידה והורות.
- ✎ **לידיעתך - על פי חוק, יש להגיש את התביעה תוך שנה מיום הזכאות הראשון - לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.**
- ✎ 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 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 וביירוטים 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
תביעה לתשלום תגמול מיוחד
לבן זוג ליולדת נכה

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון																			
<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>סוג המסמך</td> <td colspan="7">דפים</td> </tr> </table>										0	1	סוג המסמך	דפים						
0	1	סוג המסמך	דפים																

1 פרטי התובע

1

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות

שכיר חבר קיבוץ עצמאי, משלם דמי ביטוח בסניף _____
 מצב משפחתי רווקה נשואה גרושה אלמנה ידועה בציבור
 לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר. אם אתה מתנגד לכך עליו לסמן את ההצהרה הבאה:
 אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטאלי (ממוחשב) של הכנסותי.
 ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך ברור זכאותי.

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
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

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

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

פרטי בת הזוג: שם פרטי _____ שם משפחה _____ ת.ז. _____

פרטי הילד שנולד בלידה האחרונה ונמצא בחזקתך: שם הילד _____ ת.ז. _____ תאריך לידה _____

2 פרטי חשבון הבנק של התובע

2

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

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

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.
 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 כדיו, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.
 אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנוחו 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 מקבל התשלום ✕ _____ חתימות השותפים לח- ✕ _____

3

פרטים על מקום העבודה האחרון (למי שעבד ברציפות בשנה האחרונה)

עיסוקך/תפקידך במקום העבודה	הסיבה להפסקת העבודה	עבדתי עד ליום _____ (כולל יום זה)
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין מעסיקך/האם אתה בעל שליטה בחברה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____ (יש למלא סעיף 6 בטופס)		שם המעסיק/ המפעל
אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה, ציין שמות המעסיקים ואם יש קרבה משפחתית בינכם		
שם המעסיק _____ קרבה משפחתית: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____		שם המעסיק _____ קרבה משפחתית: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____

4

פרטים על מקום העבודה האחרון (למי שלא עבד ברציפות בשנה האחרונה)

שם מעסיק קודם	עבודה מתאריך _____ עד _____	1.
עבודה כעצמאי מתאריך _____ עד _____		2.
אם יש לך פטור מלא או חלקי ממס הכנסה – נא צרף אישור מתאים ממס הכנסה		

5

הצהרת התובע

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין 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 ובנספחיה, 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 התובע _____

6

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

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) _____
 היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____
 מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) _____
 פרטי העובדת שהחליפה אותי במהלך תקופת לידה והורות: שם _____ ת.ז. _____
 אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים
 תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה * _____

אישור מזכירות הקיבוץ או המושב השיתופי

אני מאשר כי: שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות ס"ב _____	<input type="checkbox"/> חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> מושב שיתופי _____
הנ"ל מבוטח החל מתאריך _____ בסוג _____	
תאריך הפסקת עבודה _____ הסיבה להפסקת העבודה _____ (חובה למלא)	
תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו * _____ חתימה וחותמת הקיבוץ/מושב שיתופי * _____	

אישור המעסיק על תקופת ההעסקה ועל השכר

I פרטי המעסיק							
טלפון קווי		מספר תיק ניכויים			שם המעסיק		
טלפון פקס		מיקוד	יישוב	מס' בית	רחוב / תא דואר		
<p>אנו מאשרים בזה שהרשום מטה הועסק על ידינו כעובד שכיר, ועבודתו הופסקה, בהתאם לפרטים הרשומים מטה:</p>							
מספר זהות ב"ס		תקופת העסקה מ _____ עד _____			שם פרטי	שם משפחה	
עיסוק/תפקיד _____							
<p>האם העובד יצא לתקופת לידה והורות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, ציין את הסיבה להפסקת העבודה: _____</p>							
<p>שכרו שולם <input type="checkbox"/> בבנק <input type="checkbox"/> בהמחאה <input type="checkbox"/> במזומן <input type="checkbox"/> אחר _____</p> <p>האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובד? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____</p>							
<p>פרוט שכר העובד (בש"ח) ב - 10 חודשים שקדמו להפסקת עבודתו (אף אם אינם רצופים), יש לרשום הסכומים כולל הפרשים ותשלומים בנוסף לשכר הרגיל (כגון הבראה, ביגוד, מענק חד פעמי וכד')</p>							
שנה/חודש	השכר החייב במס	השכר החייב בדמי ביטוח	דמי ביטוח שנוכו מהשכר	בסיס השכר: חודשי, יומי, שכר לשעה	אחוז המשרה	מס' עבודה בשכר ימי	מס' הימים בעבורם לא שולם שכר מס' ימים סיבה
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
<p>פירוט ההפרשים והתשלומים הנוספים שנכללו בטבלה לעיל, ב - 6 החודשים שקדמו להפסקת העבודה:</p> <p>בחודש _____ שולם _____ ₪ עבור התקופה מ _____ עד _____ מהות התשלום _____</p> <p>בחודש _____ שולם _____ ₪ עבור התקופה מ _____ עד _____ מהות התשלום _____</p> <p>בחודש _____ שולם _____ ₪ עבור התקופה מ _____ עד _____ מהות התשלום _____</p> <p>סיבה אחרת לשינויים בשכר _____</p>							

II הצהרת המעסיק	
אני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתו של העובד כנדרש בחלק זה.	
תאריך _____	חתימת החותם ותפקידו ✕ _____
חתימת החותם ותפקידו ✕ _____	חתימה וחותמת המעסיק/המפעל ✕ _____