



## תביעה לתשלום \*קצבה מיוחדת ליולדת נכה שאין איתה בן זוג

### חובה לצרף לטופס זה

אישור מרופא מטפל המאשר שנבצר ממך לטפל בילד בשל נכותך.

### לידיעתך

תביעה זו מיועדת ליולדת נכה שאין עמה בן זוג, ונקבעה לה דרגת נכות בשיעור 100% אי כושר השתכרות.

על פי חוק, יש להגיש את התביעה תוך שנה מיום הלידה.

ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, ישלח 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 וברורים ניתן לפנות להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

\* קצבה מיוחדת – תשלום קצבה חודשית בשיעור של 30% מהשכר הממוצע במשך 3 חודשים.

### חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

**תביעה לתשלום קצבה מיוחדת  
ליולדת נכה שאין איתה בן זוג**

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים
---------------------------	---------------------------------------

**חותמת קבלה**

**1**

**פרטי התובעת**

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	ארץ מוצא	מספר זהות ס"ב
----------	---------	------------	----------	---------------

מצב משפחתי  רווקה  נשואה  גרושה  אלמנה  ידועה בציבור

**כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשורת**

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר	טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
-------	-------	------	-------	---------	----------------	------------	------------	----------------

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

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

אני מסרבת לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט-SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעיתך, 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	מס' בית	רחוב / תא דואר
-------	-------	------	-------	---------	----------------

**2**

**פרטי הילדים שנולדו בלידה האחרונה ונמצאים בהחזקתך**

שם בית החולים	תאריך הלידה		
פרטי הילדים			
שם הילד:	ת.ז.	שם הילד:	ת.ז.

**3**

**פרטי חשבון הבנק של התובעת**

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

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

אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימה על טופס עדכון חשבון. אני מסכימה שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.

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.

אני מסכימה כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, 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.**

תאריך \_\_\_\_\_ שם השותפים ות.ז. \_\_\_\_\_ חתימה\* \_\_\_\_\_

**הצהרת התובעת**

**4**

אני החתומה מטה מצהירה בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים וכי אין עמי בן זוג.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייבת 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 \* \_\_\_\_\_