



תביעה לתשלום הפרשים בגמלאות אמהות

לידיעתך

תביעה זו לתשלום הפרשים, מיועדת לעובדת שכירה שקיבלה מהמוסד לביטוח לאומי תשלום עבור גמלה מחליפת שכר מכוח ביטוח אמהות: שמירת הריון, דמי לידה, גמלה למאמצים, גמלה להורים מיועדים, תגמול מיוחד ודמי אומנה:

- המעסיק שילם לך במהלך-11 החודשים שלאחר הפסקת עבודתך לצורך היציאה לתקופת לידה והורות תשלום נוסף, שאינו מהווה חלק משכרך הרגיל, כגון: דמי הבראה, ביגוד, בונוס. זאת בתנאי שסכום התשלום הנוסף ששולם ע"י המעסיק שווה או עולה על רבע משכר המינימום.
- המעסיק שילם לך הפרשי שכר, בגין החודשים שקדמו למועד היציאה לתקופת לידה והורות ועל פיהם חושבה הגמלה.

אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד, יש להגיש תביעה להפרשים מכל מעסיק בנפרד.

לפי החוק את התביעה יש להגיש תוך 12 חודשים מיום קבלת התשלום ע"י המעסיק.

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.

חובה לצרף לטופס זה

פירוט שכר ממוחשב מהמעסיק או פירוט שכר ידני, הכולל את התשלום הנוסף או ההפרשים ששולמו לך.

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 וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

טופס זה מנוסח בלשון נקבה אך פונה לנשים ולגברים כאחד

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לתשלום
הפרשים בגמלאות

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון _____	מס' זהות / דרכון _____
סוג המסמך 0 1	דפים _____

חותמת קבלה

1

למילוי ע"י המעסיק -

שם המעסיק	מספר תיק ב.לאומי	טלפון קווי	מספר פקס
רחוב	מס' בית	כניסה	דירה
הנני מאשר כי גברת/מר	שם משפחה	פרטי	עיסוק/תפקיד
ת. זהות	ס"ב	יילדה בתאריך	חזרה לעבוד בתאריך
שנה	חודש	יום	שנה
שנה	חודש	יום	שנה

2

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' ימי עבודה בשכר	שעות עבודה	מס' ימים עבורם לא שולם שכר	
								מס' ימים	סיבה
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

4. פרוט ההפרשים והתשלומים הנוספים שנכללו בסעיף 3 ב-6 החודשים שקדמו להפסקת העבודה:

מהות התשלום	עבור תקופה		שולם (מ)	בחודש
	עד תאריך	מתאריך		
				1
				2

סיבה אחרת לשינויים בשכר _____

הצהרת מעסיק

3

אני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודה ובשכר של העובד כנדרש בחלק זה.
 תאריך _____ שם החותם ותפקידו _____
 חתימת וחותמת העסק/המפעל * _____

פרטי חשבון בנק

4

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