



תביעה לתשלום מענק לאב

- מענק לידה- אימוץ- הליך פונדקאות
- מענק אשפוז
- קצבת לידה בלידות סמוכות

חובה לצרף לטופס זה

- ☞ לתביעה למענק אשפוז יש לצרף אישור על לידה בבית חולים, ואת חשבונית המפרטת את ההוצאות הקשורות ללידה, כמו כן יש לצרף קבלה על תשלום דמי אשפוז או אישור על תשלום פרמיה לחברת הביטוח ששילמה את הוצאות הלידה.
- ☞ אם נולד תינוק במשקל עד 1750 גרם ואושפז במחלקה לטיפול בילודים לפחות 4 ימים, יש להמציא על כך אישור נפרד, וכן חשבונית וקבלה על ההוצאות.

לידיעתך

- ☞ לפי החוק, יש להגיש את התביעה בתוך 18 חודשים מיום הלידה.
- ☞ טופס זה מיועד גם לתביעת קצבת לידה בלידה של יותר משני ילדים שלא בלידה אחת, ובלבד שההפרש בין לידה ללידה אינו עולה על 98 יום.
- ☞ מומלץ לבדוק זכאותך לתשלום דמי לידה וקצבת ילדים.

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

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

חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי
 מינהל הגמלאות
 גמלאות אמהות

- תביעה לתשלום מענק לאב**
- מענק לידה- אימוץ- הליך
 - פונדקאות מענק אשפוז
 - הצבת לידה בלידות סמוכות

1

פרטי התובע

שם משפחה _____	שם פרטי _____	תאריך לידה שנה _____ חודש _____ יום _____	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 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. 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
_____	_____	_____	_____	_____	_____

עיסוק התובע (נא לסמן ✓ במשבצת המתאימה):

- עובד שכיר החל מתאריך: _____ שם המעביד האחרון: _____
- כתובת: _____ (נא לצרף אישור מהמעביד)
- עובד עצמאי משלח היד: _____ כתובת העסק: _____
- משלם דמי ביטוח בסניף _____

2

פרטי בן הזוג

שם משפחה _____	שם פרטי _____	תאריך לידה שנה _____ חודש _____ יום _____	מספר זהות ס"ב _____
-------------------	------------------	--	---------------------------

עיסוק בן הזוג (נא לסמן ✓ במשבצת המתאימה):

- אינו עובד מתאריך: _____ מקורות הקיום: _____ משלם דמי ביטוח בסניף _____
- עובד שכיר מתאריך: _____ שם המעביד האחרון: _____
- כתובת: _____ (נא לצרף אישור מהמעביד)
- עובד עצמאי משלח היד: _____ כתובת העסק: _____ משלם דמי ביטוח בסניף _____

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
גמלאות אמהות



כתב ויתור סודיות רפואית

**שם הגמלה: מענק לידה ואשפוז
וקצבת לידה בלידות סמוכות**

1 פרטים אישיים

1

<p>תאריך לידה</p> <table border="1"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">שנה</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">חודש</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">יום</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				<p>תאריך תביעה</p> <table border="1"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">שנה</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">חודש</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">יום</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				<p>מספר ת.ז./דרכון</p> <table border="1"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> </td> </tr> </table>				<p>קוד גמלה</p> <p style="font-size: 24px;">70</p>
שנה	חודש	יום																
שנה	חודש	יום																
שם פרטי		שם משפחה																
<p>חבר בקופת חולים</p> <p> <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____ </p>																		

2 הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____