



תביעה לתשלום גמלת הורים לאב:

- מאמץ
- הורה במשפחת אומנה
- אב שאין איתו בת זוג
- אב שיש איתו בן זוג

חובה לצרף לטופס זה

- באם מוגשת תביעה לרגל אימוץ בחו"ל – יש לצרף מסמכי אימוץ מתורגמים באישור נוטריון ולציין את מועד קבלת הילד. ↵
- באם מוגשת תביעה לרגל אימוץ בארץ – עובד סוציאלי ימלא ויאשר סעיף 4. ↵
- באם מוגשת תביעה לרגל קבלת ילד לאומנה לשישה חודשים לפחות – עובד סוציאלי ימלא ויאשר סעיף 3 כמו כן, יש לצרף מסמך מאת משרד הרווחה על כך שאושרת לשמש כמשפחת אומנה. ↵
- באם חלו שינויים בשכר ב-6 החודשים שקדמו להפסקת העבודה, מסיבה רפואית או מסיבה שלא צוינה ע"י המעסיק – יש להמציא אישור מתאים. ↵

לידיעתך

- אב יצרף אישור על הלידה בארץ או בחו"ל. ↵
- תביעה לרגל אימוץ: א. בארץ - ניתן להגיש מיום קבלת הילד לאומנה למטרת אימוץ. ↵
- ב. בחו"ל - ניתן להגיש מיום קבלת הילד. ↵
- ג. אומנה – ניתן להגיש מיום קבלת הילד למשפחה. ↵
- אם יש לך בן זוג, עליך לציין את פרטי זהותו, בסעיף 1 אף אם אינו רשום בביטוח לאומי, כידוע בציבור. ↵
- לפי החוק את התביעה יש להגיש תוך שנה מיום הזכאות הראשון. ↵
- אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 8 בעמוד 3. ↵
- 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 וברורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il. ↵

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לתשלום גמלת הורים לאב

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> לשימוש פנימי בלבד (סריקה) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> מס' זהות / דרכון </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> סוג המסמך </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> דפים </div> </div> </div> </div>

חותמת קבלה

1

מספר זהות ס"ב <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	שם פרטי	שם משפחה (לפני הנישואין)	שם משפחה (נוכחי)
שנת לידה	עבדתי עד יום כולל יום זה שנה חודש יום <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי משלם ד.ב. בסניף _____	
<input type="checkbox"/> מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> ידוע בציבור			

מספר זהות ס"ב <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	שם פרטי	שם משפחה
---	---------	----------

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
דואר אלקטרוני: _____@_____			טלפון נייד <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>	טלפון קווי <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>	

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

מס' זהות איש קשר ס"ב <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	שם פרטי איש קשר	שם משפחה איש קשר
--	-----------------	------------------

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

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר. אם אתה מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה:

אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
-------	-------	------	-------	---------	----------------

2

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

3

לאומנה – אישור מאת עובד סוציאלי המלווה את משפחת האומנה

הנני מאשר כי מר _____ (שם משפחתי ופרטי) _____
 קיבל לביתו לאומנה למשך שישה חודשים לפחות את הילד _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ ביום _____
 תאריך לידה _____ / _____ / _____ ת.ז. _____
 חתימה וחותמת עובד סוציאלי X _____

4

למאמץ/לאב מיועד

אישור מאת עובד סוציאלי:
 למאמץ בחו"ל / לאב מיועד – נא לציין את מועד קבלת הילד _____
 הנני מאשר כי מר _____ מס' זהות _____
 שם משפחה _____ שם פרטי _____
 קיבל ביום _____ / _____ / _____ את הילד _____ שם פרטי _____
 שנולד ב- _____ / _____ / _____ שנה _____ חודש _____ יום _____
 חתימה וחותמת עובד סוציאלי X _____

5

פרטים על מקום העבודה האחרון

שם המעסיק/המפעל	עיסוקך/תפקידך במקום העבודה	תאריך הפסקת עבודה שנה _____ חודש _____ יום _____
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין מעסיקך <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה: _____ אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה צייני שמות מעסיקים: _____		

6

אנא מלא חלק זה לגבי השנתיים האחרונות וצרף אישורים מתאימים

- שם מעסיק קודם _____ עבודה מתאריך: _____ / _____ / _____ עד: _____ / _____ / _____ שנה _____ חודש _____ יום _____
- עבודה כעצמאי מתאריך: _____ / _____ / _____ עד: _____ / _____ / _____ שנה _____ חודש _____ יום _____
- קיבלתי מהמוסד לביטוח לאומי גמלת:
 - דמי גמלת הורים למאמץ דמי אבטלה דמי פגיעה דמי תאונה
 - קיבלתי תשלום מקרן חופשה
- שרתי בצה"ל מ _____ / _____ / _____ עד _____ / _____ / _____ מס' אישי _____ סדיר קבע
- שהייתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מתאריך: _____ / _____ / _____ עד: _____ / _____ / _____ שנה _____ חודש _____ יום _____

אם יש לך פטור מלא או חלקי ממס הכנסה – נא צרף אישור מתאים ממס הכנסה.

7

הצהרת התובע

אני החתום מטה תובע גמלת דמי חופשה ומצהיר 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 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי תוך 30 יום.

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 כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

אני מסכים 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.

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.

חתימת התובע ✕ _____

תאריך _____

8

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או בעל 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. _____

הריני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה ✕ _____

9

למילוי ע"י המעסיק – רק לאחר הפסקת עבודה

שם המעסיק		מספר תיק ב.לאומי		טלפון קווי		מספר פקס	
רחוב		מס' בית		כניסה		דירה	
הנני מאשר כי מר		פרטי		עיסוק/תפקיד		ת. זהות	
שם משפחה		ס"ב		מיקוד		ישוב	
החל לעבוד אצלי ביום		עבד עד יום כולל יום זה		שכרו שולם		האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובד?	
שנה חודש יום		שנה חודש יום		<input type="checkbox"/> בבנק <input type="checkbox"/> בהמחאה <input type="checkbox"/> במזומן <input type="checkbox"/> אחר		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג קרבה _____	

10

תנאי העבודה והשכר

- בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבדה: ברציפות שלא ברציפות, פרט: _____
 שנת שבתון/השתלמות מתאריך _____ עד _____
 חופשה ללא תשלום מתאריך _____ עד _____
 אחר, פרט: _____ מ _____ עד _____
- מס' ימי עבודה בשבוע _____
- פרוט שכרו (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').

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:

חודש	שולם (₪)	עבור תקופה		מהות התשלום
		מתאריך	עד תאריך	
1				
2				
3				
4				

סיבה אחרת לשינויים בשכר _____

11

הצהרת מעסיק

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