



## תביעה לתשלום תגמול מיוחד לבן זוג ליולדת נכה

### חובה לצרף לטופס זה

- ✎ אישור מרופא מטפל המאשר שנבצר מבת זוגך לטפל בילד בשל נכותה.
- ✎ אם חלו שינויים בשכרך ב-3 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 טופס התביעה ניתן:
  - לשלוח יחד עם מסמכים נלווים באופן מקוון באמצעות אתר האינטרנט של המוסד.
  - לשלוח בדואר, למסור לפקיד קבלת קהל בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך, להכניס לתיבת השירות המוצבת מחוץ לסניף, לשלוח את התביעה עם מסמכים נלווים באמצעות פקס, אין חובה להגיש מסמכים מקוריים.
  - עם זאת, המוסד יהיה רשאי לדרוש הצגה של מסמך מקורי, אם הצילום או הפקס שהתקבל אינו ברור, או מכל סיבה אחרת, לפי שיקול דעתו של פקיד התביעות.
- ✎ לשאלות ולברורים יש לפנות לטלפון \*6050 או 04-8812345.
- ✎ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על טופס התביעה



3

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

עבדתי עד ליום _____ (כולל יום זה)	הסיבה להפסקת העבודה	עיסוקך/תפקידך במקום העבודה
שם המעסיק/ המפעל	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)	
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)**

1. שם מעסיק קודם _____	עבודה מתאריך _____ עד _____
2. עבודה כעצמאי מתאריך _____	עד _____

**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.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע \_\_\_\_\_

6

**הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה 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. \_\_\_\_\_  
 הריני 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

אנו מאשרים בזה שהרשום מטה הועסק על ידינו כעובד שכיר, ועבודתו הופסקה, בהתאם לפרטים הרשומים מטה:

שם משפחה	שם פרטי	תקופת העסקה	מספר זהות
		מ _____ עד _____	

עיסוק/תפקיד \_\_\_\_\_

הסיבה להפסקת העבודה \_\_\_\_\_

(חובה למלא) \_\_\_\_\_

שכרו שולם

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובד?

בבנק  בהמחאה  במזומן  אחר \_\_\_\_\_  
 לא  כן, סוג הקרבה \_\_\_\_\_

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')

שנה/חודש	השכר החייב במס	השכר החייב בדמי ביטוח	דמי ביטוח שנוכו מהשכר	בסיס השכר: חודשי, יומי, שכר לשעה	המשרה אחוז	מס' עבודה בשכר ימי	מס' הימים בעבורם לא שולם שכר	מס' ימים	סיבה	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

פירוט ההפרשים והתשלומים הנוספים שנכללו בטבלה לעיל, ב - 4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה:

בחודש \_\_\_\_\_ שולם \_\_\_\_\_ ₪ עבור התקופה מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ מהות התשלום \_\_\_\_\_

בחודש \_\_\_\_\_ שולם \_\_\_\_\_ ₪ עבור התקופה מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ מהות התשלום \_\_\_\_\_

בחודש \_\_\_\_\_ שולם \_\_\_\_\_ ₪ עבור התקופה מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ מהות התשלום \_\_\_\_\_

סיבה אחרת לשינויים בשכר \_\_\_\_\_

**הצהרת המעסיק**

**II**

אני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתו של העובד כנדרש בחלק זה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת החותם ותפקידו \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת המעסיק/המפעל \_\_\_\_\_ x