



תביעה לתשלום דמי לידה ליולדת طلب تلقي مخصصات ولادة / إجازة أمومة

חובה לצרף לטופס זה

عليك إرفاق ما يلي

- אם מוגשת תביעה לפני הלידה – על רופא נשים למלא ולאשר את סעיף 4. אין להגיש תביעה לפני שמלאו 31 שבועות של הריון ובתנאי שהפסקת לעבוד לפני הלידה.
إذا قَدّم الطلب قبل الولادة – يجب على طبيب النساء تعبئة ومصادقة البند 4. لا يُقدّم الطلب إذا لم يمر 31 أسبوعاً على الحمل بعد, شرط أن تتوقفي عن العمل قبل الولادة.
- אם מוגשת תביעה בעקבות לידה שארעה בבית או בבית חולים בחו"ל – יש לצרף אישור רשמי על הלידה.
إذا قَدّم الطلب إثر ولادة حصلت في البيت أو في مستشفى خارج البلاد – يجب إرفاق إثبات رسمي عن الولادة.
- אם חלו שינויים בשכר ב-3 החודשים שקדמו להפסקת העבודה, מסיבה רפואית או מסיבה שלא צוינה ע"י המעסיק – יש להמציא אישור מתאים.
إذا طرأت تغييرات في الأجر خلال الأشهر الثلاثة التي سبقت التوقف عن العمل, لسبب طبي أو سبب لم يذكره صاحب العمل – يجب إرفاق إثبات ملائم.
- אם את בעלת שליטה או קרובת משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 11 בעמוד 4.
إذا كنت صاحب سيطرة أو قريب لعائلة ذات سيطرة أو صاحب أسهم في شركة, يجب تعبئة التصريح في البند 11 في صفحة رقم 4.
- אם אין ברשותך תעודת זהות ישראלית, יש לצרף אישור על ניהול חשבון בנק שלך או חשבון משותף, בו ברצונך לקבל את תשלום הגמלה.
إذا كنت لا تملك بطاقة هوية اسرائيلية, يجب إرفاق تصريح عن حساب البنك التابع لك أو حساب مشترك, تريد تلقي المخصصات فيه.

לידיעתך לעמך

👉 **תובעת דמי לידה - את התביעה ניתן להגיש לאחר הפסקת העבודה, בתנאי שנתרו פחות מ- 9 שבועות למועד הלידה המשוער.**
للمرأة التي تطلب مخصصات ولادة - يمكن تقديم الطلب بعد التوقف عن العمل, شرط أن يكون باقي أقل من-9 أسابيع لموعد الولادة المتوقع.

👉 במקרים הבאים, התביעה נקלטת באופן אוטומטי ואין צורך בהגשת התביעה:

- אם את עובדת שכירה אצל מעסיק שנמצא בהסדר אוטומטי עם המוסד לביטוח הלאומי.
- אם את עובדת עצמאית המשלמת דמי ביטוח כעובדת עצמאית.
- אם קיבלת גמלה לשמירת הריון עד הלידה.
- אם קבלת דמי אבטלה עד חודש לפני הלידה.

في الحالات التالية, لا داعي لتقديم طلب لأن الطلب يسجل تلقائياً:

- إذا كنت أجيبة في مكان عمل لديه اتفاقية تلقائية مع مؤسسة التأمين الوطني.
- إذا كنت مستقلة وتدفعين رسوم التأمين كمستقلة.
- إذا تلقيتي مخصصات الحفاظ على الحمل.
- إذا تلقيتي مخصصات بطالة حتى شهر قبل الولادة.

👉 **לפי החוק את התביעה יש להגיש תוך שנה מיום הזכאות הראשון.**
وفقاً للقانون, يجب تقديم الطلب خلال سنة من يوم الاستحقاق الأول.

👉 **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.

يمكنك استلام المכתيب بواسطة البريد الالكتروني بدلاً من البريد. من أجل ذلك, عليك تعبئة تفاصيل البريد الالكتروني في الطلب. سيرسل اليك بريد الكتروني لمشاهدة المکتوب بشكل آمن في موقع الانترنت الشخصي للتأمين الوطني بدلاً من البريد.

כיצד יש להגיש את התביעה כيفية تقديم الطلب

👉 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.

تستطيع تقديم الطلب بالطرق التالية:
 ارسال المستندات اللازمة مباشرة (بواسطة الانترنت) في موقع الانترنت الخاص بالمؤسسة.
 ارساله بواسطة البريد.
 تسليمه لموظف استقبال الجمهور في فرع التأمين الوطني القريب من مكان سكنك.
 إدخاله لصندوق الخدمة المتواجد خارج الفرع.
 ارسال الطلب مع الإثباتات اللازمة بواسطة الفاكس, لا يشترط تسليم الإثباتات الاصلية.

مع ذلك, اذا لم تكن النسخة أو الفاكس واضحاً فيحق لمؤسسة التأمين الوطني أن تطلب إبراز الاثباتات الأصلية لأي سبب آخر وحسب قرار موظف المخصصات.

👉 לשאלות ולברורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
 للأسئلة والاستفسار عليك التوجه لهاتف رقم *6050 أو 04-8812345.

👉 לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

يمكنك الاستعانة بموقع التأمين الوطني بالإنترنت للحصول على معلومات إضافية www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה
التوقيع على نموذج الطلب إلزامي

<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="10">מס' זהות / דרכון</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">סוג המסמך</td> <td colspan="2">דפים</td> <td colspan="2"> </td> <td colspan="2"> </td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td colspan="2"> </td> <td colspan="2"> </td> <td colspan="2"> </td> <td colspan="2"> </td> </tr> </table>																				מס' זהות / דרכון																				סוג המסמך		דפים								0	1									לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מס' זהות / דרכון																																																												
סוג המסמך		דפים																																																										
0	1																																																											

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
 מינהל הגמלאות
 גמלאות משפחה
 مؤسسة التأمين الوطني
 مديرية المخصصات
 مخصصات العائلة



**תביעה לתשלום דמי לידה
 طلب مخصصات ولادة**

פרטי התובעת					
1					
تفاصيل مقدمة الطلب					
מספר זהות رقم الهوية ס"ב		שם פרטי الاسم الشخصي		שם משפחה (נוכחי) اسم العائلة (الحالي)	
שם משפחה (לפני הנישואין) اسم العائلة (قبل الزواج)		שם פרטי الاسم الشخصي		שם משפחה (נוכחי) اسم العائلة (الحالي)	
שנת לידה سنة الميلاد		עבדתי עד יום כולל יום זה עמלתי حتى هذا الموعد (يشمل هذا اليوم)		<input type="checkbox"/> שכירה أجنبية	
_____ עצמאית משלמת ד.ב. בסניף		_____ مستقلة أدفع رسوم تأمين وطني في فرع		<input type="checkbox"/>	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים) العنوان (المسجل في وزارة الداخلية)					
מיקוד رقم المنطقة	יישוב البلدة	דירה الشقة	כניסה المدخل	מס' בית رقم المنزل	רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد
_____	_____	_____	_____	_____	_____
דואר אלקטרוני بريد الكتروني		טלפון נייד الهاتف الخليوي		טלפון קווי رقم الهاتف	
_____		_____		_____	
<input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני أوافق على استلام مكاتيب للبريد الالكتروني		<input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת הודעות SMS أوافق على استلام رسائل نصية		<input type="checkbox"/>	
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה) العنوان البريدي (إذا كان مختلفا عن العنوان أعلاه)					
מיקוד رقم المنطقة	יישוב البلدة	דירה الشقة	כניסה المدخل	מס' בית رقم المنزل	רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد
_____	_____	_____	_____	_____	_____

פרטי חשבון הבנק של התובעת			
2			
تفاصيل حساب بنك مقدمة الطلب			
סוג חשבון: نوع الحساب		שמות בעלי החשבון اسماء أصحاب الحساب	
<input type="checkbox"/> פרטי خاص		_____	
<input type="checkbox"/> אחר آخر		_____	
מספר חשבון رقم الحساب	מס' סניף رقم الفرع	שם הסניף / כתובתו اسم الفرع/عنوانه	שם הבנק اسم البنك
_____	_____	_____	_____

3 פרטי הלידה – יש לצרף אישור מקורי מביה"ח רק במקרה של לידה בחו"ל או בבית
تفاصيل الولادة – يجب إرفاق إثبات أصلي من المستشفى فقط في حالة ولادة خارج البلاد أو في البيت

3

<p>האם בכוונתך להתחלף עם בן הזוג בתקופת הלידה וההורות? هل تتوین أن تتبادلي مع زوجك فترة الولادة وتربية الأطفال? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> نعم كلا</p>	<p>אם חזרת לעבודה, נא צייני תאריך: إذا عدت إلى العمل, سجلي التاريخ</p> <p>שנה חודש יום / سنة شهر يوم</p>	<p>מס' הילדים בלידה הנוכחית عدد الأولاد في الولادة الحالية</p>	<p>שם ביה"ח اسم المستشفى</p>	<p>תאריך הלידה تاريخ الولادة</p> <p>שנה חודש יום / سنة شهر يوم</p>
--	---	---	---	---

4 אישור רפואי - למילוי ע"י רופא נשים לתובעת שטרם ילדה
إثبات طبي – على طبيب النساء تعبئة هذا البند إذا لم تحصل الولادة بعد

4

הנני מאשר שבדקתי את הגב' _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ ביום _____ / _____ / _____
 أصرح بأنني فحصت السيدة _____ اسم العائلة _____ الاسم الشخصي _____ بتاريخ _____ / _____ / _____

מס' שבועות של הריון _____ תאריך לידה משוער _____
 عدد أسابيع الحمل _____ تاريخ الولادة المتوقع _____

שם רופא הנשים _____ חתימה וחותמת הרופא *
 اسم طبيب النساء _____ توقيع وختم الطبيب

5 פרטים על מקום העבודה האחרון

5

תفاصيل عن مكان العمل الأخير

<p>שם המעסיק/המפעל اسم مكان العمل/المصنع</p>	<p>עיסוקך/תפקידך במקום העבודה مهنتك/وظيفتك في مكان العمل</p>	<p>תאריך הפסקת עבודה تاريخ التوقف عن العمل</p> <p>שנה חודש יום / سنة شهر يوم</p>
---	---	---

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין מעסיקך? לא כן, סוג הקרבה: _____
 هل توجد صلة قرابة بينك وبين صاحب العمل? كلا

נעם, נוסח הקרבה: _____ - الرجاء تعبئة التصريح في البند 11 من الطلب.

אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה צייני את שמות המעסיקים והאם ישנה קרבה משפחתית בינכם:
 إذا عملت لدى أكثر من مكان عمل واحد في السنة الأخيرة, سجلي أسماء أماكن العمل وهل توجد قرابة عائلية بينكم:

<p>קרבה משפחתית قرابة عائلية</p> <p>לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה كلا نعم, نوع القرابة _____</p>	<p>שם המעסיק اسم صاحب العمل</p>	<p>קרבה משפחתית قرابة عائلية</p> <p>לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה كلا نعم, نوع القرابة _____</p>	<p>שם המעסיק اسم صاحب العمل</p>
--	--	--	--

האם הנך בעלת מניות ו/או בעלת שליטה? לא כן – עליך למלא את ההצהרה בסעיף 11 בטופס
 هل انت صاحب أسهم و/أو صاحب سيطرة? كلا نعم – يجب تعبئة التصريح في البند 11 من الطلب.

אם לא עבדת ברציפות בשנה האחרונה, אנא מלאי חלק זה לגבי השנתיים האחרונות וצרפי אישורים מתאימים
 إذا لم تعملی بشكل متواصل في السنة الأخيرة، الرجاء تعبئة هذا القسم حول السنتين الأخيرتين وإرفاق الإثباتات المناسبة

1. שם מעסיק קודם _____ עבודה מתאריך: _____ עד: _____
 اسم صاحب العمل السابق العمل من تاريخ: _____ حتى: _____
 سنة / شهر / يوم سنة / شهر / يوم سنة / شهر / يوم
2. עבודה כעצמאית מתאריך: _____ עד: _____
 عملي كمستقلة من تاريخ: _____ حتى: _____
 سنة / شهر / يوم سنة / شهر / يوم سنة / شهر / يوم
3. קיבלתי מהמוסד לביטוח לאומי גמלת: _____
 تلقيت من مؤسسة التأمين الوطني مخصصات: _____
- דמי לידה/דמי חופשה למאמץ דמי אבטלה גמלה לשמירת הריון דמי פגיעה דמי תאונה
 مخصصات ولادة/مخصصات إجازة لمتبني مخصصات بطالة مخصصات حفاظ على الحمل مخصصات إصابة مخصصات حادث
- קיבלתי תשלום מקרן חופשה שהיתי בהכשרה מקצועית
 تلقيت دفعة من صندوق العطلة كنت في تدريب مهني
4. שרתתי בצה"ל מ _____ עד _____ מס' אישי _____
 خدمت في الجيش من سنة / شهر / يوم حتى سنة / شهر / يوم الرقم الشخصي _____
 קבע סדיר קבע עادي ثابت
5. שהיתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מתאריך: _____ עד: _____
 كنت في عطلة بدون مقابل في الفترة من تاريخ: _____ حتى: _____
 سنة / شهر / يوم سنة / شهر / يوم سنة / شهر / يوم

אם יש לך פטור מלא או חלקי ממס הכנסה, נא צרפי אישור מתאים ממס הכנסה
 إذا كنت معفي من الضريبة كلياً أو جزئياً، الرجاء إرفاق إثبات من ضريبة الدخل

הצהרת התובעת

תסריח מוקדמה הטלב

אני החתומה מטה תובעת גמלת דמי לידה ומצהירה בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכימה שהבנק 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 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.

אנא המוקע אדנא אصرח بهذا أن جميع التفاصيل التي قَدِّمت ضمن هذا الطلب وملاحقه صحيحة وكاملة. أعلم أن تزويد تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات تعتبر مخالفة للقانون, وأن الشخص الذي يقوم, بالعلم أو الاحتيال, للمصادقة على دفع المخصّصات وفق هذا القانون, أو زيادتها عن طريق إخفاء تفاصيل ذات أهمية, سيعاقب بدفع غرامة أو بالسجن. أعلم أن أي تغيير في أحد تفاصيل هذا الطلب أو ملاحقه قد يؤثر على استحقاقي للمخصّصات أو على تراكم دين, لهذا ألتزم بالتبليغ عن أي تغيير خلال 30 يوم.

أوافق أن يقوم البنك بإعادة الأموال المودعة في حسابي لمؤسسة التأمين الوطني, حسب طلبها, وذلك في حال قامت المؤسسة بتحويل مبلغ ما إلى حسابي بالخطأ أو بشكل غير قانوني, سواء كان كاملاً أو جزئياً. كما ويجوز للبنك تزويد المؤسسة بتفاصيل الأشخاص الذين قاموا بسحب الأموال.

أوافق بأن تتوجه المؤسسة للبنك المذكور أعلاه, بواسطة الاتصالات المحوسبة, لغرض التحقق من ملكيتي لحساب البنك أعلاه وتزويدها بالمعلومات الضرورية لهذا الغرض. وبدلاً من ذلك, معلوماً لدي بأن المؤسسة تستطيع طلب مستندات وإثباتات إضافية من أجل التحقق من تفاصيل حساب البنك المصرح عنه أعلاه ويجب علي إرفاقها حسب الطلب.

תאריך _____ חתימת התובעת ✕
 تاریخ _____ توقيع مقدمة الطلب

למילוי ע"י המעסיק – רק לאחר הפסקת עבודה

8

לلتعبئة لدى صاحب العمل – فقط بعد التوقف عن العمل

מספר פקס رقم الفاكس		טלפון קווי رقم الهاتف		מספר תיק ב.ב. לאומי رقم الملف في التأمين الوطني		שם המעסיק اسم صاحب العمل	
מיקוד رقم المنطقة	יישוב البلدة	דירה الشقة	כניסה المدخل	מס' בית رقم المنزل	רחוב شارع		
הנני מאשר כי גברת أصرح بأن السيدة							
שם משפחה اسم العائلة		פרטי الشخصي		עיסוק/תפקיד مهنة / وظيفة		ת. זהות رقم الهوية	
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובדת? هل يوجد صلة قرابة بينك وبين العاملة? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג קרבה _____ نعم, نوع القرابة _____		שכרה שולם دفع أجرها <input type="checkbox"/> בבנק في البنك <input type="checkbox"/> בהמחאה بحوالة <input type="checkbox"/> במזומן بمزומن <input type="checkbox"/> אחר آخر		עבדה עד יום כולל יום זה عملت حتى تاريخ – يشمل هذا اليوم שנה _____ חודש _____ יום _____		החלה לעבוד אצלי ביום بدأت العمل لدي في تاريخ שנה _____ חודש _____ יום _____	

תנאי העבודה והשכר

9

شروط العمل والأجر

1. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבדה: ברציפות שלא ברציפות, פרט: _____
 عملت في السنتين الأخيرتين قبل التوقف عن العمل: بشكل متواصل ليس بشكل متواصل, فصل: _____
 שנת שבתון/השתלמות מתאריך _____ עד _____
 سنة توقف عن العمل/استكمال من تاريخ _____ حتى _____
 חופשה ללא תשלום מתאריך _____ עד _____
 عطلة بدون مقابل من تاريخ _____ حتى _____
 אחר, פרט: _____ מ _____ עד _____
 آخر, فصل: _____ من _____ حتى _____

2. מס' ימי עבודה בשבוע _____
 عدد أيام العمل أسبوعياً _____

3. פרוט שכרה (בש"ח) ב-10 חודשים שקדמו להפסקת עבודתה (אף אם אינם רצופים).
 تفاصيل الأجر (بالشيكل) في العشرة أشهر الأخيرة قبل التوقف عن العمل (حتى لو لم تكن متواصلة).

יש לרשום הסכומים כולל הפרשים ותשלומים בנוסף לשכר הרגיל (כגון הבראה, ביגוד, מענק חד-פעמי וכו').
 يجب تسجيل المبالغ يشمل الفروقات والدفعات بالإضافة للأجر العادي (مثل: نقاهة, ملابس, منحة استثنائية وما شابه).

שנה/ שנה/شهر	השכר החייב במס الأجر الملزم بالضريبة	השכר החייב בדמי ביטוח الأجر الملزم برسوم تأمين	דמי ביטוח שנוכו מהשכר رسوم التأمين التي خصمت من الأجر	בסיס השכר (חודשי, יומי, שכר לשעה) الأجر الأساسي (شهري, يومي, أجر للساعة)	אחוז משרה نسبة الوظيفة	מס' ימי עבודה בשכר عدد أيام العمل بأجر	שעות עבודה ساعات العمل	מס' ימים עבורם לא שולם שכר عدد الأيام التي لم يدفع أجر مقابلها	מס' ימים عدد الأيام	ס'בה السبب
1										
2										
3										
4										
5										

המשך:
תכלה:

									6
									7
									8
									9
									10
<p>4. פרוט הפרשים והתשלומים הנוספים שנכללו בסעיף 3 ב- 4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה: كشف الفروقات والدفعات الإضافية التي شملت في البند 3 في الأرباع الأخيرة قبل التوقف عن العمل:</p>									
מהות התשלום ماهية الدفع	עבור תקופה عن الفترة		שולם (נח) دفع (بالشيكل)	בחודש في شهر					
	עד תאריך حتى تاريخ	מתאריך من تاريخ							
					1				
					2				
					3				
					4				
<p>סיבה אחרת לשינויים בשכר سبب آخر للتغييرات في الأجر</p>									

10 הצהרת מעסיק
 تصريح صاحب العمل

אני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתה ובשכרה של העובדת כנדרש בחלק זה.
 أصرح بهذا بأنني قدمت كل التفاصيل المتعلقة بشأن عمل أو أجر الموظفة كما طلب في هذا البند.

x

חתימת וחותמת העסק/המפעל
 توقيع وختم مكان العمل

שם החותם ותפקידו
 اسم الموقع ووظيفته

תאריך
 تاريخ

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל מניות בחברה בלבד

תصريح للتعبئة فقط إذا كنت صاحب سيطرة أو قريب لعائلة ذات سيطرة أو صاحب أسهم في شركة

חובה להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)
חובה לצרף 12 תלושי שכר אחרונים

يجب إرفاق إثباتات الدفع عن الأشهر الاثني عشر الأخيرة (إيداعات في البنك, نسخ عن الحوالات وما شابه)
يجب إرفاق كشف الرواتب الاثني عشر الأخيرة

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל)

ماذا كانت وظيفتك في موعد استحقاق المخصصات؟ (تفاصيل العمل الذي قمتي به)

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

أين قمت بتنفيذ عملك؟ (يجب تسجيل العنوان)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

ما هي نسبة وظيفتك؟ (يجب تفصيل الأيام والساعات)

פרטי העובדת שהחליפה אותי במהלך תקופת לידה והורות: שם _____ ת.ז. _____

تفاصيل الموظفة التي تقوم بوظيفتك في فترة الولادة وتربية الأطفال: الاسم _____ رقم الهوية _____

הריני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

أصرح بأن المعطيات أعلاه صحيحة

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה ✕ _____

تاريخ _____ الاسم الشخصي والعائلة _____ توقيع ✕ _____
