



## תביעה לתשלום דמי לידה לאב המחליף את בת/בן הזוג או לאב השוהה במקביל עם בן/בת הזוג

### מי זכאי לתשלום

קיימים תנאים מצטברים הנדרשים על מנת לקבל זכאות, ויש לברר תנאים אלו לפני היציאה לתקופת לידה והורות.

### חובה לצרף לטופס זה

למי שמחליף את בת הזוג, יש לצרף אישור המעביד על חזרת בת/בן הזוג לעבודה.

### לידיעתך

לידיעתך - על פי חוק, 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

בת/בן הזוג, ימלאו את סעיפים 1, 2 של טופס התביעה

אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 7 בעמוד 3.

### את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:

- למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי [www.btl.gov.il](http://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](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד





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

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

היכן בצעה 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 המעסיק על תקופת ההעסקה ועל השכר**

**1**

**פרטי המעסיק**

טלפון קווי	מספר תיק ניכויים		שם המעסיק	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
טלפון פקס	מיקוד	יישוב	מס' בית	רחוב / תא דואר
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

מספר זהות	תקופת העסקה	שם פרטי	שם משפחה
<input type="text"/>	מ _____ עד _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>

האם העובד יצא תקופת לידה והורות?  כן  לא, ציין את הסיבה להפסקת העבודה: \_\_\_\_\_

עיסוק/תפקיד \_\_\_\_\_

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובד?  כן  לא

שכרו שולם  בבנק  בהמחאה  במזומן  אחר \_\_\_\_\_

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	אחוז המשרה	מס' ימי עבודה בשכר	מס' הימים בעבורם לא שולם שכר		
							מס' ימים	סיבה	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

פירוט הפרשים והתשלומים הנוספים שנכללו בטבלה לעיל, ב - 6 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**

**2**

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

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

אישור מזכירות הקיבוץ או המושב השיתופי

הנני מאשר שמר \_\_\_\_\_ הינו חבר קיבוץ/מושב שיתופי \_\_\_\_\_  
שם משפחה פרטי ת.ז.

תאריך הפסקת עבודה

הנ"ל מבוטח החל מתאריך \_\_\_\_\_ בסוג \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת החותם ותפקידו ✕ \_\_\_\_\_ חתימה וחתימת ✕ \_\_\_\_\_