



לשימוש פנימי (סריקה)

מס' זהות											
סוג											
דפים המסמך											

0 1

תביעה לתשלום
דמי לידה / דמי חופשה למאמצות

נא קראי הסברים למילוי הטופס - בעמוד האחרון

תאריך קבלה

א. פרטים אישיים

שם משפחה (נוכחי)	שם משפחה (לפני הנישואין)	שם פרטי	שנת לידה של התובעת	מספר זהות ס"ב	1
ארץ לידה	שכירה <input type="checkbox"/>	עצמאית משלמת ד.ב. בסניף <input type="checkbox"/>	חברת קיבוץ <input type="checkbox"/>	עבדתי עד יום כולל יום זה	מספר שנות לימוד
מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	מספר שנות לימוד
תא דואר	יישוב תא דואר	מיקוד תא דואר	מספר טלפון	מספר טלפון נייד	0

ב. מקום תשלום - חשבון הבנק של התובעת

שם בעל החשבון	סוג החשבון	פרטי <input type="checkbox"/>	קיבוץ <input type="checkbox"/>
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מספר הסניף	מספר החשבון

ג. פרטי הלידה - יש לצרף אישור מקורי מביה"ח

תאריך הלידה	שם ביה"ח	מס' הילדים בלידה הנוכחית	אם חזרת לעבודה נא צייני תאריך	האם בכוונתך להתחלף עם בן הזוג בחופשת הלידה
-------------	----------	--------------------------	-------------------------------	--

ד. אישור רפואי - למילוי ע"י רופא נשים לא לפני 31 שבועות של ההריון ובלבד שהפסקת העבודה חלה לפני הלידה

הנני מאשר שבדקתי את הגב' _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ ביום _____ שנה _____ חודש _____ יום _____
מס' שבועות של הריון _____ תאריך לידה משוער _____ שנה _____ חודש _____ יום _____
שם רופא הנשים _____ חתימה וחותמת הרופא _____

ה. למאמצות

1. אישור פקיד הסעד	הנני מאשר שהגב' _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' זהות _____
קיבלה ביום _____ שנה _____ חודש _____ יום _____ את הילד _____ שם פרטי _____ שנולד ב- _____ שנה _____ חודש _____ יום _____	לביתה בכוונה לאמצו.
2. תאריך חזרה לעבודה _____	חתימה וחותמת פקיד סעד _____

ו. פרטים על מקום העבודה האחרון

שם המעסיק/המפעל	עיסוקך/תפקידך במקום העבודה	תאריך הפסקת העבודה
האם יש קירבה משפחתית בינך לבין מעסיקך <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן סוג הקירבה _____		
אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה צייני שמות המעסיקים א. _____ ב. _____		

ז. אם לא עבדת ברציפות בשנה האחרונה, אנא מלאי חלק זה לגבי השנתיים האחרונות וצרפי אישורים מתאימים

1. שם מעסיק קודם _____ עבודה מתאריך _____ עד _____ 2. עבודה כעצמאית מתאריך _____ עד _____ 3. קיבלתי מהמוסד לביטוח לאומי גמלת: <input type="checkbox"/> דמי לידה/דמי חופשה למאמצת <input type="checkbox"/> דמי אבטלה <input type="checkbox"/> גמלה לשמירת הריון <input type="checkbox"/> דמי פגיעה <input type="checkbox"/> דמי תאונה 4. שרתתי בצה"ל מ _____ עד _____ מס' אישי _____ סדיר <input type="checkbox"/> קבע <input type="checkbox"/> 5. קיבלתי מקרן חופשה/קופת גמל - דמי חופשה/מחלה לתקופה מ _____ עד _____ 6. שהיתי בהכשרה מקצועית מ _____ עד _____ בקורס _____ מקום הכשרה _____ 7. שהיתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מ _____ עד _____	מ ס ד 3
---	------------------

ח. הצהרת התובעת

הנני מצהירה בזה שכל הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובצירופיה הם נכונים ואני תובעת תשלום דמי לידה, חשבון הבנק שמסרתי בתביעה הוא חשבוני. אני מסכימה שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין. ידוע לי שמסירת פרטים כוזבים בתביעה זו ובצירופיה, מהווה עבירה פלילית וכי אהיה צפויה לעונשים הקבועים בחוק.

תאריך _____ חתימת התובעת/ת _____

ט. אישור מזכירות קיבוץ או מושב שיתופי

1. הנני מאשר/ת שהגב' _____ שם משפחה _____ פרטי _____ ת.ז. _____ הינה חברת קיבוץ/מושב שיתופי שם הקיבוץ/מושב _____ 2. הנ"ל מבוטחת החל מ _____ בסוג _____ 3. אחוז ביטוח _____ 4. תאריך הפסקת העבודה _____ 5. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבדה ברציפות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> פרטי/י _____	מ ס ד 3 4
תאריך _____ שם החותם ותפקידו _____ חתימה וחותמת _____	

עמוד 3 מתוך 4

י. למילוי ע"י המעסיק - רק לאחר הפסקת העבודה

שם המעסיק	מספר תיק בב. לאומי	מספר טלפון
רחוב	מספר בית	יישוב
מיקוד	מספר פקס	
הנני מאשר כי הגברת שם משפחה	פרטי	ת. זהות
<input type="checkbox"/> החלה לעבוד אצלי ביום <input type="checkbox"/> עבדה עד יום כולל יום זה		
שכרה שולם <input type="checkbox"/> בבנק <input type="checkbox"/> בהמחאה <input type="checkbox"/> במזומן <input type="checkbox"/> אחר		8. האם יש קירבה משפחתית בינך לבין העובדת <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן סוג הקירבה _____

יא. תנאי העבודה והשכר

1. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבדה: ברציפות שלא ברציפות (פרט):
 שנת שבתון/השתלמות מ _____ עד _____
 חופשה ללא תשלום מ _____ עד _____
 אחר (פרט) מ _____ עד _____

2. מס' ימי עבודה בשבוע _____

3. פרוט שכרה (בש"ח) ב- 10 חודשים שקדמו להפסקת עבודתה (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	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- 4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה:

א. 1. בחודש _____ שולם ש"ח עבור התקופה מ _____ עד _____ מהות התשלום _____
 2. בחודש _____ שולם ש"ח עבור התקופה מ _____ עד _____ מהות התשלום _____
 3. בחודש _____ שולם ש"ח עבור התקופה מ _____ עד _____ מהות התשלום _____

ב. סיבה אחרת לשינויים בשכר _____

יב. הצהרת המעסיק

הנני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתה ובשכרה של העובדת כנדרש בחלק זה.

תאריך _____
 חתימה וחותמת העסק/המפעל _____
 שם החותם ותפקידו _____

דברי הסבר

הזכאות לדמי לידה

1. דמי הלידה ישולמו למי שנתקיימו בה כל התנאים הבאים:
 - א. הייתה עובדת שכירה או עצמאית והפסיקה את עבודתה בהיותה בהריון.
 - ב. שולמו בעדה דמי ביטוח משכרה כעובדת או שילמה דמי ביטוח מהכנסתה כעצמאית:
10 חודשים מתוך 14 או 15 חודשים מתוך 22 שקדמו להפסקת העבודה - זכאות לדמי לידה ל- 98 יום.
6 חודשים מתוך 14 שקדמו להפסקת העבודה - זכאות לדמי לידה ל- 49 יום.
2. כתקופות עבודה תילקחנה בחשבון גם התקופות הרשומות מטה, ובלבד שעבדה אחריהן:
 - א. התקופות בהן שולמו לה הגמלאות הבאות מן המוסד לביטוח לאומי: - דמי לידה בגין לידה קודמת, גמלה לשמירת הריון, דמי אבטלה, דמי פגיעה, נכות מעבודה בשיעור 100% ודמי תאונה.
 - ב. שני החודשים הראשונים של חופשה ללא תשלום.
 - ג. תקופה בה הייתה בהכשרה מקצועית מוכרת ובתנאי שעבדה לפחות 30 ימים רצופים בתכוף להפסקת העבודה.
3. עפ"י הסדר מיוחד עם משרד הביטחון, ניתן לצרף את תקופת השירות הצבאי לתקופת העבודה, אם חלה בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה.
4. תקופת תשלום דמי הלידה תחל למחרת יום הפסקת העבודה, אך לא מוקדם ממחצית תקופת הזכאות שלפני יום הלידה.
5. נולדו תאומים או יותר, יש לברר הזכאות להארכת חופשת הלידה בתשלום.
6. אם היולדת או התינוק אושפזו בתקופת חופשת הלידה לתקופה של 15 ימים לפחות, יש לברר הזכאות לפיצול והארכת חופשת הלידה.
7. הזכאות לדמי לידה תישלל, בתנאים מסוימים, אם חזרה היולדת לעבודה במהלך חופשת הלידה.

הזכאות לדמי חופשה מאמצת

- הכללים שפורטו לעיל יחולו גם על מבוטחת שאמצה ילד עד גיל 10, בשינויים הבאים:
1. תקופת תשלום דמי החופשה תחל ביום קבלת הילד למטרת אמוץ עפ"י אישור מפקיד סעד, או יום לאחריו אם עבדה באותו יום. מאמצת בחו"ל תגיש פס"ד האמוץ בתרגום נוטריוני ותצלום מדרכון הילד.
 2. הכללים שבסעיף 5 לעיל יחולו כאשר מתקבלים לאמוץ שני ילדים או יותר מתחת לגיל 10 באותו היום.

דברי הסבר למילוי הטופס

1. מלאי בכתב יד ברור ובדייקנות פרטיך האישיים בסעיפים א' ו-ב.
2. תובעת דמי לידה - את התביעה לדמי לידה ניתן להגיש לא לפני הפסקת העבודה ולא מוקדם מ- 9 שבועות לפני תאריך הלידה המשוער.
מוגשת התביעה לאחר הלידה יש למלא סעיף ג' בטופס התביעה ולצרף אישור מקורי מביה"ח.
מוגשת התביעה לפני הלידה עליך לדאוג למילוי סעיף ד' בטופס התביעה ע"י רופא נשים.
3. תובעת דמי חופשה למאמצת - את התביעה יש להגיש לאחר קבלת הילד למטרת אמוץ ולדאוג למילוי סעיף ה' בטופס התביעה.
4. תובעת דמי לידה או דמי חופשה למאמצת חייבת למלא את סעיפים ו' - ח' בטופס התביעה ולדאוג למילוי חלקים י-י"ב ע"י המעסיק האחרון. על הטופס רשאי לחתום המעסיק או מי שהוסמך לכך מטעמו ובלבד שהוא עובד המפעל.
5. במידה שחלו שינויים בשכרך ב- 3 החודשים שקדמו להפסקת העבודה מסיבה רפואית או סיבה שלא צוינה ע"י המעסיק בטופס התביעה, עליך לצרף על כך אישור מתאים.
6. אם שולמו לך הפרשי שכר או תשלומים אחרים לאחר חופשת הלידה, המשפיעים על גובה השכר ב- 3 החודשים ששימשו בסיס לחישוב דמי הלידה, עליך להגיש תביעה להפרשים למוסד לביטוח לאומי.
7. את התביעה לדמי לידה/דמי חופשה למאמצת או תביעה להפרשים יש להגיש לסניף המוסד לביטוח לאומי שבאזור מגוריך. ניתן לשלוח את התביעה באמצעות הדואר. יש להגיש את התביעה תוך 12 חודשים מתחילת הזכאות.
8. דמי הלידה/דמי חופשה למאמצת יופקדו לחשבון הבנק של התובעת שצויין בתביעה בתשלום אחד עבור כל תקופת הזכאות.