

תביעה להארכה או פיצול דמי לידה/גמלת הורים למאמצת

חובה לצרף לטופס זה

- בתביעה להארכה או פיצול עקב אשפוז ילד או יולדת אישור מבית החולים על תקופות האשפוז. 🧳
- בתביעה לפיצול אישור מהמעסיק על חזרה לעבודה עקב הפיצול וחזרה לתקופת לידה והורות אחריה. 🤣

לידיעתך

- לידיעתך: טופס זה יש להגיש רק לאחר הגשת תביעה לדמי לידה. 🤄
- לפי החוק, יש להגיש את התביעה תוך שנה מיום הזכאות הראשון לגמלה. 🤣
- 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.
 - .www.btl.gov.il לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי 🤣

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון נקבה אך פונה לגברים ולנשים כאחד

המוסד לביטוח לאומי מינהל הגמלאות

תביעה להארכה או פיצול דמי לידה/גמלת הורים למאמצת

אשימוש פנימי מס' זהות / דרכון בלבד מס' זהות / דרכון בלבד סוג (סריקה) בלבד מסמך 1 0	1		
		פנימי בלבד	חותמת קבלה

	'						
						פרטי התובעת	
	מספר זהות ס"ב 			שם פרטי		שם משפחה	
	<u>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</u>						
ב מיקוד	יישו	דירה	כניסה	מספר בית		רחוב / תא דואר	
לת מכתבים באינטרנט:	ענו מענשכת די			טלפון נייד		ָ טלפון קווי	
יוו מכונבים באינטונט.	אני נואשו ונ קב דואר אלקטרוני:	1 1 1			1 1 1		
	וואו אייקטווני.	CMC DIII		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,			
		מונ פואוכ	רת קבלת הודי • • • •			,	
						מען למכתבים (אם ע	
ב מיקוד	יישוו	דירה	כניסה	מספר בית		רחוב / תא דואר	
				DI	י ווול כמוכו	מבנו מעובו בבנ	
פרטי חשבון הבנק של התובעת שמות בעלי החשבון							
פרטי 🗖 קיבוץ	OIK HOEII.						
מספר חשבון	מס' סניף	IDAIDA (DIAGA DIII			732 DW		
נוספו וופבון	(10 01-1	שם הסניף / כתובתו			שם הבנק		
אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימם על טופס עדכון החשבון.							
טו ככום מות לוות. כוו	ועפוט קטואכוו ומוו	גת סכנוו כועו	לפו כבונותו א	רונוום לעומו			
אני מסכימה שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה.							
בבווון יפון פול וויפוות האבוווי בין אוווי יווי אני מסכימה שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון							
אב נוספ נוור סודבנון דונידי דודר דמוסר דב סוור דאומי דפידור סומי ספונים במומן דוסבוני, אם דומוסר פון די דוסבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.							
אני מסכימה 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.							
	תובעת 🗶	חתומת כי				212112	
	נובעוני	111 7 1/7 . 7 11 1				תאריך	

	תביעה בגין לידה / אימוץ מיום
חודש יום	

ה להארכת דמי לידה / גמלת הורים למאמצת עקב אשפוז הילד / התובעת - יש לצרף אישור מבית חולים	תביע
ילד / התובעת	אשפוז הי
ר / התובעת שוחרר מביה"ח לאחר הלידה / האימוץ בתאריך	הילז 🗖
- / התובעת נשאר בביה"ח לאחר הלידה / האימוץ עד	הילז 🗖
- / התובעת אושפז מחדש ביום שוחרר ביום שוחרר ביום	הילז 🗖
ה לפיצול דמי לידה / גמלת הורים למאמצת עקב אשפוז הילד / התובעת צרף אישורים מביה"ח ומהמעסיק (ראה דברי הסבר בדף המקדים)	תביע יש לצ
לד / התובעת	אשפוז היל
ר התובעת נשאר בביה"ח לאחר הלידה / האימוץ עד אימוץ עד י התובעת נשאר בביה"ח לאחר הלידה / האימוץ עד	הילד 🗖
/ התובעת אושפז מחדש ביום ועדין שוהה בבית החולים	הילד 🗖
/ התובעת אושפז מחדש ביום ושוחרר ביום ושוחרר ביום	הילד 🗖
ת התובעת	הצהר
רם חזרתי לעבודה	1. 🗖 טו
זרתי לעבודה ביום 🗖 חזרתי לתקופת לידה והורות / אימוץ ביום	rn 🖵 .2
ובעת 🖵 הארכת דמי לידה / גמלת הורים למאמצת עקב אשפוז הילד / התובעת.	3. אני ת
פיצול דמי לידה / גמלת הורים למאמצת עקב אשפוז הילד / התובעת.	
ותומה מטה מצהירה בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או	ידוע לי
כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על זוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.	
א	_תאריך