



## תביעה לתשלום מענק לידה ומענק אשפוז וקצבת לידה בלידות סמוכות (טופס זה מיועד לתביעת מענקים לרגל לידה בבית חולים בחו"ל) Request for Birth Grant

### חובה לצרף לטופס זה

- לתיבה למענק אשפוז יש לצרף אישור על לידה בבית חולים, ואת חשבונית המפרטת את ההוצאות הקשורות ללידה, כמו כן יש לצרף קבלה על תשלום דמי אשפוז או אישור על תשלום פרמיה של היולדת לחברת הביטוח ששילמה את הוצאות הלידה.
- אם נולד תינוק במשקל עד 1750 גרם ואושפז במחלקה לטיפול בילודים לפחות 4 ימים, יש להמציא על כך אישור נפרד, וכן חשבונית וקבלה על ההוצאות.
- אם אין ברשותך תעודת זהות ישראלית, יש לצרף אישור על ניהול חשבון בנק שלך או חשבון משותף, בו ברצונך לקבל את תשלום הגמלה.

### לידיעתך

- לפי החוק, יש להגיש את התביעה בתוך 18 חודשים מיום הלידה.
- 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.
- טופס זה מיועד גם לתביעת קצבת לידה בלידה של יותר משני ילדים שלא בלידה אחת, ובלבד שההפרש בין לידה ללידה אינו עולה על 98 יום.
- מומלץ לבדוק זכאותך לתשלום דמי לידה וקצבת ילדים.

### כיצד יש להגיש את התביעה

- 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 וביירוטים 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

עמוד 1 מתוך 4

נא למלא מספר תעודת זהות **Teudat Zehut or Bituach Leumi #**

מס' זהות / דרכון																			
<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										0	1								
0	1																		
סוג המסמך					דפים														

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)  
For office use only

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
גמלאות אמהות



תביעה לתשלום מענק לידה  
ומענק אשפוז וקצבת לידה  
בלידות סמוכות

1

פרטי התובעת **Mother's Details**

מספר זהות <b>Teudat Zehut or Bituach Leumi Number</b> ס"ב	תאריך לידה <b>Birthdate (day, month, year)</b>	שם פרטי <b>First Name</b>	שם משפחה <b>Last Name</b>																
<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> </table>											<table border="1"> <tr> <td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום					
שנה	חודש	יום																	

מצב משפחתי:  רווקה **Single**  נשואה **Married**  גרושה **Divorced**  אלמנה **Widowed**  ידועה בציבור

**כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות**

מיקוד <b>Zip</b>	יישוב <b>City</b>	דירה <b>Apartment #</b>	כניסה <b>Entrance</b>	מס' בית <b>House #</b>	רחוב / תא דואר <b>Street Name or PO Box Number</b>
דואר אלקטרוני: <b>Email Address</b>		טלפון נייד <b>Cell Number</b>		טלפון קווי <b>Home Number</b>	

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלימי את הפרטים הבאים: If the cell phone number or email is not yours, please fill in the information below.

מס' זהות איש קשר <b>Teudat Zehut or Bituach Leumi Number</b> ס"ב	שם פרטי איש קשר <b>First Name of Contact Person</b>	שם משפחה איש קשר <b>Last Name of Contact Person</b>										
<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> </table>												

אני מסרבת לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. I refuse to get text messages or emails with personal information.

**מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה) Mailing Address (if different than above address)**

מיקוד <b>Zip</b>	יישוב <b>City</b>	דירה <b>Apartment #</b>	כניסה <b>Entrance</b>	מס' בית <b>House #</b>	רחוב / תא דואר <b>Street Name or PO Box</b>
---------------------	----------------------	----------------------------	--------------------------	---------------------------	--

עיסוק התובעת (נא לסמן ✓ במשבצת המתאימה): **Employment Status**

אינה עובדת **Unemployed**

עובדת שכירה החל מתאריך: **Start Date** שם המעביד האחרון: **Name of Last Employer**

עובדת עצמאית משלה היד: **Profession** כתובת העסק: **Address of Employment** Please attach a letter from your employer.

עובדת עצמאית משלה היד: **Self - Employed**

משלמת דמי ביטוח בסניף **Branch of Bituach Leumi that you belong to:**

Information about Spouse		פרטי בן הזוג	
מספר זהות Teudat Zehut or Bituach Leumi Number ס"ב	תאריך לידה Birthdate (day, month, year)	שם פרטי First Name	שם משפחה Last Name
עיסוק בן הזוג (נא לסמן ✓ במשבצת המתאימה): <input type="checkbox"/> אינו עובד מתאריך: _____ מקורות הקיום: _____ Sources of Support Branch of Bituach Leumi that you belong to: _____ משלם דמי ביטוח בסניף _____ Unemployed		<input type="checkbox"/> עובד שכיר מתאריך: _____ שם המעביד האחרון: _____ Name of Last Employer Address of Employment: _____ כתובתו: Address of Employment Please attach a letter from your employer.	
<input type="checkbox"/> עובד עצמאי משלח היד: _____ כתובת העסק: _____ Address of Employment Branch of Bituach Leumi that you belong to: _____ משלם דמי ביטוח בסניף _____ Self - Employed			

Child's Details		פרטי הילוד	
בארץ Country	בבית חולים Hospital	תאריך לידה ביום Date of Birth (day, month, year)	
מספר זהות Teudat Zehut or Bituach Leumi Number ס"ב		שם הנוולד Name of Child Born	1
ס"ב			2
ס"ב			3
ס"ב			4
<input type="checkbox"/> מצורף אישור על הלידה/אימוץ. Proof of birth is attached.		<input type="checkbox"/> מצורפת קבלה על תשלום דמי האשפוז. Proof of payment to the hospital is attached*.	
הסכום ששולם עבור הוצאות הקשורות ללידה _____ ש"ח Amount that was paid for the birth expenses*			
את דמי האשפוז לביה"ח שילם/שילמו _____ The birth expenses to the hospital were paid by*			
אם נפטר הילד – ציינו את שם הילד ותאריך הפטירה _____ If the child passed away, write the name of the child and the date the child passed away.			

\* Please note: You can apply here for reimbursement for hospitalization expenses if the full cost was paid out of pocket (ie not covered by insurance). If you have not paid for the birth in full you do not need to include any proof of payment.

**פרטי חשבון הבנק של התובעת**

4

Bank Details

Type of Account סוג חשבון		שמות השותפים לחשבון	
<input type="checkbox"/> פרטי Personal	<input type="checkbox"/> קיבוצי Communal	Name/s of account holder	
מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף / כתובתו	שם הבנק
Account Number	Branch #	Branch Name and Address	Bank Name

אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכימה שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה. אני מסכימה שהבנק הנ"ל 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 ממוחשבת, 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.

תאריך \_\_\_\_\_ Date שם השותף/ים \_\_\_\_\_ Name מס' ת"ז TZ or Bituach Leumi Number חתימה  \_\_\_\_\_ Signature

**הצהרה**

5

אני מצהירה בזה שכל הפרטים שנמסרו בתביעה זו ובצרופותיה הם נכונים ואני תובעת:

תשלום מענק אשפוז  תשלום מענק לידה  תשלום קצבת לידה בלידות סמוכות

Payment for Hospitalization Payment for Birth Grant Payment for Two Consecutive Births in Year

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בידעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י 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 על יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך \_\_\_\_\_ Date חתימת התובעת  \_\_\_\_\_ Signature

**חותמת קבלה**



**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
גמלאות אמהות

**כתב ויתור סודיות רפואית**  
Privacy Waiver

**שם הגמלה: מענק לידה ואשפוז**  
**וקצבת לידה בלידות סמוכות**

Personal Details - to be completed by the mother
**פרטים אישיים**

<p style="text-align: center;">תאריך לידה Birthday (day, month, year)</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">שנה</td> <td style="width: 33%;">חודש</td> <td style="width: 33%;">יום</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				<p style="text-align: center;">תאריך תביעה Date of Application</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">שנה</td> <td style="width: 33%;">חודש</td> <td style="width: 33%;">יום</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				<p style="text-align: center;">מספר ת.ז./דרכון Teudat Zehut/ Bituach Leumi</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>												<p style="text-align: center;">קוד גמלה</p> <p style="text-align: center; font-size: 24px;">70</p>
שנה	חודש	יום																								
שנה	חודש	יום																								
<p style="text-align: center;">שם פרטי First Name</p>		<p style="text-align: center;">שם משפחה Last Name</p>																								
<p style="text-align: center;">חברה בקופת חולים Kupat Cholim Member</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> כללית                    <input type="checkbox"/> מאוחדת                    <input type="checkbox"/> מכבי                    <input type="checkbox"/> לאומית                    <input type="checkbox"/> אחר _____             </p>																										

**הצהרה**

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותרת על הסודיות הרפואית שלי ומבקשת בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך \_\_\_\_\_ **Date**     
 חתימת המבוטחת ✕     
 \_\_\_\_\_ **Signature**