

עמוד 1 מתוך 4

מספר זהות / דרכון ס"ב _____		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מספר זהות / דרכון ס"ב _____	מספר זהות / דרכון ס"ב _____	

חותמת קבלה



1 פרטי התובעת

שם משפחה (נוכחי)	שם משפחה (לפני הנישואין)	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
<input type="checkbox"/> שכירה	<input type="checkbox"/> עצמאית משלמת ד.ב. בסניף _____	עבדתי עד יום כולל יום זה	שנת לידה
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	מיקוד
<input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת הודעות SMS		<input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני	
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
מיקוד	יישוב		

2 פרטי חשבון הבנק של התובעת

שמות בעלי החשבון	סוג חשבון:
	<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> אחר _____
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו
	מספר חשבון מס' סניף

3 פרטי הלידה - יש לצרף אישור מקורי מביה"ח רק במקרה של לידה בחו"ל או בבית

תאריך הלידה	שם ביה"ח	מס' הילדים בלידה הנוכחית	אם חזרת לעבודה, נא צייני תאריך:	האם בכוונתך להתחלף עם בן הזוג בחופשת הלידה?
שנה / חודש / יום			שנה / חודש / יום	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

4 אישור רפואי - למילוי ע"י רופא נשים לתובעת שטרם ילדה

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 * _____

5

פרטים על מקום העבודה האחרון

שם המעסיק/המפעל	עיסוקך/תפקידך במקום העבודה	תאריך הפסקת עבודה שנה _____ חודש _____ יום _____
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין מעסיקך <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		
כן, סוג הקרבה: _____ - נא מלאי הצהרה בסעיף 11 בטופס.		
אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה צייני את שמות המעסיקים והאם ישנה קרבה משפחתית בינכם:		
שם המעסיק	קרבה משפחתית	שם המעסיק
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____
האם הנך בעלת מניות ו/או בעלת שליטה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן - עליך למלא את ההצהרה בסעיף 11 בטופס		

6

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

- שם מעסיק קודם _____ עבודה מתאריך: _____ / _____ / _____ עד: _____ / _____ / _____
שנה חודש יום שנה חודש יום
- עבודה כעצמאית מתאריך: _____ / _____ / _____ עד: _____ / _____ / _____
שנה חודש יום שנה חודש יום
- קיבלתי מהמוסד לביטוח לאומי גמלת:
 - דמי לידה/דמי חופשה למאמץ דמי אבטלה גמלה לשמירת הריון דמי פגיעה דמי תאונה
 - קיבלתי תשלום מקרן חופשה שהיתי בהכשרה מקצועית
- שרתתי בצה"ל מ _____ / _____ / _____ עד _____ / _____ / _____ מס' אישי _____ סדיר קבע
- שהיתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מתאריך: _____ / _____ / _____ עד: _____ / _____ / _____
שנה חודש יום שנה חודש יום

פטור ממס ונקודת זיכוי

אם יש לך פטור מלא או חלקי ממס הכנסה, נא צרפי אישור מתאים ממס הכנסה

7

הצהרת התובעת

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.

תאריך _____ חתימת התובעת או מקבלת הגמלה או מגישת התביעה **x** _____

8 למילוי ע"י המעסיק – רק לאחר הפסקת עבודה

שם המעסיק	מספר תיק בב. לאומי	טלפון קווי	מספר פקס
רחוב	מס' בית	כניסה	דירה
הנני מאשר כי גברת		פרטי	ת. זהות
שם משפחה		ס"ב	
החלה לעבוד אצלי ביום	עבדה עד יום כולל יום זה	שכרה שולם	
שנה חודש יום	שנה חודש יום	<input type="checkbox"/> בבנק <input type="checkbox"/> בהמחאה <input type="checkbox"/> במזומן <input type="checkbox"/> אחר	
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובדת?		כן, סוג קרבה	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	

9 תנאי העבודה והשכר

1. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבדה: ברציפות שלא ברציפות, פרט: _____ עד _____
 חופשה ללא תשלום מתאריך _____ 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 שזוכו מהשכר	בסיס השכר (חודשי, יומי, שכר לשעה)	אחוז משרה	מס' ימי עבודה בשכר	שעות עבודה	מס' ימים עבדו לא שולם שכר	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:

בחודש	שולם (₪)	עבור תקופה		מהות התשלום
		מתאריך	עד תאריך	
1				
2				
3				
4				

סיבה אחרת לשינויים בשכר _____

10 הצהרת מעסיק

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

x

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

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

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

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

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

פרטי העובדת שהחליפה אותי במהלך חופשת הלידה: שם _____ ת.ז. _____

הריני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה * _____