



תביעה לתשלום *קצבה מיוחדת ליולדת נכה שאין איתה בן זוג

חובה לצרף לטופס זה

אישור מרופא מטפל המאשר שנבצר ממך לטפל בילד בשל נכותך.

לידיעתך

תביעה זו מיועדת ליולדת נכה שאין עמה בן זוג, ונקבעה לה דרגת נכות בשיעור 100% אי כושר השתכרות.

על פי חוק, יש להגיש את התביעה תוך שנה מיום הלידה.

באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני. לידיעתך, המוסד יהיה פטור ממשלוח הודעות אלו גם בדואר.

כיצד יש להגיש את התביעה

אפשר להגיש תביעה ובה מסמכים נלווים גם באמצעות פקס, ואין 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.

את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות וברורים יש לפנות לטלפון 6050* או 04-8812345.

לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

* קצבה מיוחדת – תשלום קצבה חודשית בשיעור של 30% מהשכר הממוצע במשך 3 חודשים.

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לתשלום קצבה מיוחדת
ליולדת נכה שאינו איתה בו זוג

עמוד 1 מתוך 2

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון <input type="text"/>	מס' זהות / דרכון <input type="text"/>
סוג המסמך <input type="text"/>	דפים <input type="text"/>

חותמת קבלה

1 פרטי התובעת

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	ארץ מוצא	מספר זהות ס"ב
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2 פרטי הילדים שנולדו בלידה האחרונה

שם בית החולים	תאריך הלידה
<input type="text"/>	<input type="text"/>
פרטי הילדים	
שם הילד :	ת.ז. :
<input type="text"/>	<input type="text"/>
שם הילד :	ת.ז. :
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3 פרטי חשבון הבנק של התובעת

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

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

אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימה על טופס עדכון חשבון. אני מסכימה שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.

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 כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

תאריך _____ שם השותפים ות.ז. _____ חתימה * _____

4 הצהרת התובעת

אני החתומה מטה מצהירה בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים וכי אין עמי בן זוג. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

תאריך _____ חתימת התובעת * _____