

## תביעה לתשלום דמי לידה לזכאי לחופשת לידה

### דברי הסבר

#### 1. הזכאות לדמי לידה

- גבר הזכאי לדמי לידה הוא מי שנתקיימו בו כל התנאים הבאים:
- בת זוגו זכאית לתשלום דמי לידה בעבור 84 יום.
  - בת זוגו הסכימה לוותר על חלק מתקופת דמי לידה שנוותרה לה מתום ששה שבועות מיום הלידה ושבה לעבודתה בתקופה זו.
  - הפסיק את עבודתו על-מנת להחליף את בת זוגו בחופשת לידה.
  - התקופה שמחליף את בת זוגו לא תפחת מ- 21 ימים רצופים.
  - שולמו בעדו דמי ביטוח משכרו כעובד או ששילם דמי ביטוח מהכנסתו כעצמאי 10 חודשים מתוך 14 החודשים או 15 חודשים מתוך 22 החודשים שקדמו ליום הפסקת העבודה או ליום שבתום ששת השבועות שלאחר הלידה - המאוחר מבין השניים.
  - דמי הלידה ליום של הגבר יהיו: הכנסתו בפועל ברבע שנה שקדם להפסקת עבודתו חלקי 90, אך לא יותר מפעמיים השכר הממוצע מחולק ב- 30.

#### 2. הוראות למילוי הטופס

- סעיפים א', ב' ימולאו ע"י היולדת - בת זוגו של מגיש התביעה ויחתמו על ידה. יש לצרף אישור המעביד על תאריך החזרה לעבודה של בת הזוג.
- נא למלא בכתב יד ברור ובדייקנות פרטיך האישיים בסעיפים ג', ד'.
- יש למלא סעיפים ה', ו' ולדאוג למילוי חלקים ח' - י' ע"י המעסיק. על הטופס רשאי לחתום המעסיק או מי שהוסמך לכך מטעמו ובלבד שהוא עובד המפעל.
- אם הינך חבר קיבוץ יש לדאוג למילוי חלק י"א ע"י מזכירות הקיבוץ.
- עליך לחתום בסעיף ז'.
- את התביעה יש להגיש לסניף המוסד לביטוח לאומי שבאזור מגוריך; ניתן לשלוח את התביעה באמצעות הדואר.
- יש להגיש את התביעה תוך 12 חודשים מתום תקופת הזכאות.
- חובה לצרף אישור מהבנק שהחשבון שייך למבקש או לחלופין המחאה מבוטלת.
- דמי הלידה יופקדו לחשבון הבנק של התובע שצויין בתביעה בתשלום אחד עבור כל תקופת הזכאות.

חותמת הסניף ותאריך קבלה

## תביעה לתשלום דמי לידה לזכאי לחופשת לידה

(נא לקרוא ההסברים לזכאות ולמילוי הטופס)

**א. פרטי היולדת**

שם משפחה	שם פרטי	התאריך בו ילדתי	תאריך הפסקת עבודה	מספר זהות

**ב. הצהרת היולדת**

אני החתומה מטה מסכימה לוותר על דמי הלידה המגיעים לי בתקופה החל מ- \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_  
**אינך יכולה לוותר על ששת השבועות הראשונים מיום הלידה**  
 לבן זוגי \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
 מצרפת בזאת אישור על חזרתי לעבודה      תאריך \_\_\_\_\_ חתימת היולדת \_\_\_\_\_

**ג. פרטי התובע**

שם משפחה	שם פרטי	שנת לידה	ארץ לידה	מספר זהות
<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> עצמאי, משלם דמי ביטוח בסניף _____		מס' שנות לימוד		
כתובת מלאה	ישוב	רחוב	מס' בית	מיקוד
	תא דואר	ישוב תא דואר	מיקוד תא דואר	טלפון

**ד. מקום התשלום**

שם הבנק	מס' הסניף	כתובת הבנק	מס' חשבון

**ה. פרטים על מקום העבודה האחרון**

עבודתי עד ליום _____ כולל יום זה	הסיבה להפסקת העבודה	עיסוקך / תפקידך במקום העבודה
שם המעסיק / המפעל	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן      סוג הקירבה _____ האם יש קירבה משפחתית בינך לבין מעסיקך / האם הינך בעל שליטה בחברה	
אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה, ציין שמות המעסיקים א. _____ ב. _____		

**ו. אם לא עבדת ברציפות בשנה האחרונה, אנא מלא חלק זה לגבי השנתיים האחרונות וצרף אישורים מתאימים**

1. שם מעסיק קודם _____ עבודה מתאריך _____ עד _____	2. עבודה כעצמאי מתאריך _____ עד _____
--	---------------------------------------

**ז. הצהרת התובע**

הנני מצהיר בזה שכל הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובצירופיה הם נכונים ואני תובע תשלום דמי לידה. חשבון הבנק שמסרתי בתביעה הוא חשבוני. אני מסכים 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 אחיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע \_\_\_\_\_

**עמוד 3 מתוך 3**

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

1. שם המעסיק או המפעל		2. מס' תיק בביטוח לאומי		9	
3. כתובת המעסיק / המפעל	הישוב	הרחוב	מס' בית	מיקוד	טלפון
4. הנני מאשר כי מר		5. החל לעבוד אצלי ביום		6. עבד עד יום כולל יום זה	
שם משפחה		פרטי		ת.ז.	
7. הסיבה להפסקת העבודה					
8. שכרו שולם <input type="checkbox"/> בבנק <input type="checkbox"/> בהמחאה <input type="checkbox"/> במזומן <input type="checkbox"/> אחר			9. האם יש קירבה משפחתית בינך לבין העובד <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן - סוג הקירבה _____		

**ט. תנאי העבודה והשכר**

1. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבד:  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 שכרו (בש"ח) ב- 10 חודשים שקדמו להפסקת עבודתו (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	מס' ימים שכר לא שולם עבורם	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 \_\_\_\_\_

**י. הצהרת המעסיק**

הנני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתו ובשכרו של העובד כנדרש בחלק זה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת המעסיק / המפעל \_\_\_\_\_ שם החותם ותפקידו \_\_\_\_\_

**יא. אישור מזכירות קיבוץ או מושב שיתופי**

1. הנני מאשר שמר \_\_\_\_\_ הינו חבר קיבוץ / מושב שיתופי \_\_\_\_\_ שם הקיבוץ / המושב \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ פרטי \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

2. הנ"ל מבוטח החל מ \_\_\_\_\_ בסוג \_\_\_\_\_ 3. תאריך הפסקת העבודה \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם החותם ותפקידו \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_