



אנא הקפידו לחתום
בסעיף ה'
קראי את דברי
ההסבר שמעבר לדף

תביעה לתשלום מענק לידה ומענק אשפוז

א. פרטי היולדת

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב
רחוב	מספר בית	דירה	יישוב
<p>התעסקות היולדת (נא לסמן ✓ במשבצת המתאימה)</p> <p><input type="checkbox"/> אינה עובדת - עקרת בית _____</p> <p><input type="checkbox"/> עובדת שכירה _____ החל ב- _____ שם המעביד האחרון וכתובתו _____ ר"ב אישור מהמעביד _____</p> <p><input type="checkbox"/> עובדת עצמאית _____ משלמת דמי ביטוח בסניף _____ משלח היד וכתובת העסק _____</p>			

ב. פרטי הבעל

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב
<p>התעסקות הבעל (נא לסמן ✓ במשבצת המתאימה)</p> <p><input type="checkbox"/> עובד שכיר _____ החל ב- _____ שם המעביד האחרון וכתובתו _____ ר"ב אישור מהמעביד _____</p> <p><input type="checkbox"/> עובד עצמאי _____ משלח היד וכתובת העסק _____ משלם דמי ביטוח בסניף _____</p> <p><input type="checkbox"/> אינו עובד _____ החל ב- _____ מקורות הקיום _____ משלם דמי ביטוח בסניף _____</p>			

ג. פרטי הלידה

ילדתי ביום _____	בבית חולים _____ בארץ _____		
שם הנוולד	מספר הזהות	שם הנוולד	מספר הזהות
1	3	2	4
<p><input type="checkbox"/> רצ"ב אישור על הלידה _____</p> <p><input type="checkbox"/> רצ"ב קבלה על תשלום דמי האישפוז _____</p> <p>דמי האישפוז לביה"ח שולמו ע"י _____</p> <p>אם נפטר הילד - ציינו את שם הילד ותאריך הפטירה _____</p>			

ד. מקום תשלום - חשבון הבנק של התובעת/ת

שם בעל החשבון	סוג החשבון <input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוץ
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו
מספר החשבון	מספר הסניף

ה. הצהרה

הנני מצהירה בזה שכל הפרטים שנמסרו בתביעה זו ובצירופיה הם נכונים ואני תובעת
 תשלום מענק לידה לילד ראשון במשפחה תשלום מענק לידה לילד נוסף במשפחה
 תשלום מענק אשפוז
 תשלום תוספת מענק לידה למשפחות ברוכות ילדים
 הנני מצהירה בזאת כי ברשותי _____ ילדים מתחת לגיל 18 ואשר אינם נשואים והנמצאים עמי.

חשבון הבנק שמסרתי הוא חשבוני. אני מסכימה 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 צפויה לעונשים הקבועים בחוק.

חתימת התובעת X

דברי הסבר לתובעת

1. מבוטחת שהזדקקה לאישפוז בקשר ללידה, זכאית למענק לידה ומענק אישפוז. למענק האישפוז זכאית היולדת, רק אם היו לה הוצאות אישפוז. אם הוצאות האישפוז שולמו ע"י המעסיק, או באמצעות ביטוח רפואי ששולם ע"י המעסיק, היולדת לא תהיה זכאית למענק האישפוז.
2. על המבוטחת למלא התביעה ולהגישה לסניף המוסד לביטוח לאומי שבתחום מגוריה בארץ. את התביעה יש להגיש תוך שמונה עשר חודש מיום הלידה. חובה לצרף אישור מהבנק שהחשבון שייך למבקש או לחילופין המחאה מבוטלת.
3. לתביעה יש לצרף אישור על הלידה מבית חולים, חשבונית המפרטת ההוצאות עבורן נדרשה לשלם וקבלה על תשלום דמי האישפוז. אם הילוד נולד במשקל עד 1,750 גרם ואושפז במחלקה לטיפול מיוחד בילודים 4 ימים לפחות, יש להמציא על כך אישור בנפרד וכן חשבונית וקבלה על ההוצאות ששולמו, על מנת שהמוסד לביטוח לאומי יוכל לדון גם בתשלום תוספת בגין אשפוז הפג.
4. על המבוטחת למלא הפרטים בתביעה במלואם. אי מילוי הטופס יגרום לעיכוב מיותר בטיפול בתביעה. עובדת שכירה או אשת עובד שכיר תצרף לתביעה אישור מהמעסיק.
5. אם ילדת בלידה אחת 3 ילדים או יותר, והילדים היו בחיים לפחות 30 יום מיום הלידה, הנך זכאית לתבוע קיצבת לידה.
6. עובדת שכירה ו/או עובדת עצמאית זכאית לתבוע דמי לידה.
7. לידות עד 30.06.03 בלבד. אם הילוד הנולד הוא החמישי במשפחה או יותר ועמד עוד 4 ילדים מתחת לגיל 18 שנים, הנך זכאית לתוספת למענק הלידה. יש למלא בהצהרה שבחלק ה' את הסעיף הנוגע בדבר.