



## طلب بدفع منحة لحفظ الحمل

(الخروج والمكوث في خارج البلاد في حين حفظ الحمل يلغي حقه بالحصول على المنحة)

### يتوجب أن ترفقي بهذا الطلب

للـ شهادة طبية (نموذج ب ل / 331), يعبأ النموذج من قبل طبيب مختص في الأمراض النسائية والتوليد فقط.

### كيف يقدم الطلب

للـ يمكن تقديم الطلب بعد مرور 30 يوماً متتالياً من حفظ الحمل.

للـ يمكن إرسال نموذج الطلب أو إحضاره لفرع مؤسسة التأمين الوطني القريب من محل سكنك . للأسئلة والاستفسار يمكن التوجه لتلفون \*6050 أو 8812345 – 04 .

للـ لمعرفةك – حسب القانون , لن تدفع المنحة لفترة أكثر من 12 شهراً سلفاً من يوم تقديمها .

للـ لتفاصيل إضافية , يمكن الاستعانة بموقع الأنترنت التابع لمؤسسة التأمين الوطني [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

### يجب التوقيع على نموذج الطلب



## תביעה לתשלום גמלה לשמירת הריון (יציאה ושהייה בחו"ל בזמן שמירת הריון שוללת את הזכאות לגמלה)

### חובה לצרף לטופס זה

אישור רפואי (טופס בל/ 331), הטופס ימולא ע"י רופא מומחה למחלות נשים ולידה בלבד.

### כיצד יש להגיש את התביעה

את התביעה אפשר ניתן להגיש לאחר שחלפו 30 ימים רצופים של שמירת הריון.

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

לידיעתך - על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.

לפרטים נוספים, אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

### חובה לחתום על טופס התביעה



תביעה לתשלום גמלה לשמירת הריון  
 طلب لدفع منحة لحفظ الحمل

מס' זהות / דרכון رقم الهوية/جواز السفر			לשימוש פנימי בלבד (סריקה) للاستعمال الداخلي فقط		
מס' זהות / דרכון رقم الهوية/جواز السفر			חותמת קבלה توقيع الاستلام		
סוג המסמך نوع المستند		דפים أوراق		0 1	

פרטי התובעת / تفاصيل المدعية

1

מספר זהות رقم الهوية ס"ב	תאריך לידה تاريخ الولادة	שם פרטי الاسم الشخصي	שם משפחה اسم العائلة
_____	שנה _____ חודש _____ יום _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> שכירה <input type="checkbox"/> חברת קיבוץ <input type="checkbox"/> עצמאית, משלמת ד.ב.ב. בסניף <input type="checkbox"/> אגירה <input type="checkbox"/> עזרת קייבוס <input type="checkbox"/> משתלה, תדفع رسوم التأمين في فرع _____	מס' שנות לימוד عدد سنوات الدراسة	ארץ לידה دولة الولادة	שם משפחה לפני הנישואין اسم العائلة قبل الزواج

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)  
 العنوان (المسجل في وزارة الداخلية)

מיקוד الرمز البريدي	יישוב البلد	דירה شقة	כניסה مدخل	מס' בית رقم البيت	רחוב / תא דואר شارع / رقم صندوق البريد
_____	_____	_____	_____	_____	_____
דואר אלקטרוני بريد الكتروني		טלפון נייד هاتف خلوي		טלפון קווי هاتف أرضي	
_____		0 _____		0 _____	
<input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת הודעות SMS		<input type="checkbox"/> אצאק על סמך בלאגט SMS		<input type="checkbox"/>	

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)  
 العنوان للمراسلة (إذا تغير العنوان المفصل أعلاه)

מיקוד الرمز البريدي	יישוב البلد	דירה شقة	כניסה مدخل	מס' בית رقم البيت	רחוב / תא דואר شارع / رقم صندوق البريد
_____	_____	_____	_____	_____	_____

2

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

إذا لم تعلمي بصورة متواصلة في السنة الأخيرة, رجاء املاي هذا القسم بالنسبة للسنتين الأخيرتين

לפי נא צרפי אישורים מתאימים  
 לראייה الرجاء ارفاق التصديقات الملزمة

- שם מעסיק קודם \_\_\_\_\_ . עבודה מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_
- שם המעביד הקודם \_\_\_\_\_ . העבודה מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_
- שם מעסיק קודם \_\_\_\_\_ . עבודה כעצמאית מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_
- שם המעביד הקודם \_\_\_\_\_ . העבודה כעצמאית מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_
- שם מעסיק קודם \_\_\_\_\_ . עבודה כעצמאית מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_
- שם המעביד הקודם \_\_\_\_\_ . העבודה כעצמאית מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_
- שם מעסיק קודם \_\_\_\_\_ . עבודה כעצמאית מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_
- שם המעביד הקודם \_\_\_\_\_ . העבודה כעצמאית מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_
- שם מעסיק קודם \_\_\_\_\_ . עבודה כעצמאית מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_
- שם המעביד הקודם \_\_\_\_\_ . העבודה כעצמאית מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_

5. קיבלתי מקרן חופשה / קופת גמל – דמי חופשה / מחלה לתקופה מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_  
5. استلمت من صندوق الاجازة / التقاعد – رسوم الاجازة / مرض لفترة من \_\_\_\_\_ حتى \_\_\_\_\_
6. שהייתי בהכשרה מקצועית מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ בקורס \_\_\_\_\_  
מקום ההכשרה \_\_\_\_\_
6. كنت في استكمال مهني من \_\_\_\_\_ حتى \_\_\_\_\_ في الدورة \_\_\_\_\_  
مكان الاستكمال \_\_\_\_\_
7. שהייתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_  
7. كنت في اجازة بدون اجر في فترة من \_\_\_\_\_ حتى \_\_\_\_\_

**פרטים משלימים**  
**תفاصيل مكملة**

3

שנה	חודש	יום
السنة	الشهر	اليوم

1. הפסקתי לעבוד / לעסוק במשלוח יד בשל היריון ביום  
 1. توقفت عن العمل / عملت في التخصص بسبب الحمل في يوم

2. אני מקבלת תשלום בגין שמירת היריון  
 2. أنا أتقاضى أجرا مقابل حفظ الحمل

מהמעביד  מקופת הגמל  מקרן ביטוח  מקרן פנסיה  ממקור אחר  
 من المستخدم  من صندوق التوفير  من صندوق الضمان  من صندوق التقاعد  من مصدر آخر

שנה	חודש	יום
السنة	الشهر	اليوم

מיום	שנה	חודש	יום	עד יום
من يوم	السنة	الشهر	اليوم	حتى يوم

אינני זכאית לתשלום בגין שמירת היריון ממקור אחר.  
 لا أتقاضى جراء حفظ الحمل من مصدر آخر .

3. האם יש קשר משפחתי בינך לבין מעסיקך?  לא  כן, סוג הקרבה:  
 3. هل توجد قرابة بينك وبين مستخدمك?  لا  نعم, نوع القرابة:

4. האם הינך עובדת במקביל אצל מעביד נוסף?  לא  כן

4. هل تعملين بالمقابل عند مستخدم اضافي?  لا  نعم

**פרטי חשבון הבנק של התובעת**  
**تفاصيل حساب البنك للمدعية**

4

סוג חשבון نوع الحساب		שמות השותפים לחשבון اسم الشركاء في الحساب	
<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוצי <input type="checkbox"/> כללי <input type="checkbox"/> אישי			
מספר חשבון رقم الحساب	מס' סניף رقم الفرع	שם הסניף / כתובת اسم الفرع / عنوانه	שם הבנק اسم البنك

אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכימה שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון 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 פרטי מושכי התשלומים.

أنا اتعهد بأن أبلغ مؤسسة التأمين الوطني عن كل تغيير في هوية الشركاء في حساب البنك و/أو لوكلاء الحساب. وأن أؤكد بأن يوقعوا على نموذج تعديل للحساب. أنا أوافق بأن يسلم البنك بين الحين والآخر لمؤسسة التأمين الوطني حسب طلبه تفاصيل الشركاء للحساب والوكلاء, إذا كان ذلك في فترة الاستحقاق أو بعدها. أنا أوافق أن البنك المذكور اعلاه يمكنه إرجاع مبالغ من حسابي حسب طلب مؤسسة التأمين الوطني, إذا كانت المؤسسة قد دفعت للحساب المبالغ كلها أو قسم منها بصورة خاطئة أو غير قانونية, وأيضا يعطي البنك للمؤسسة تفاصيل الذين استلموا المستحقات.

תאריך \_\_\_\_\_ שם השותף/ים \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \*  
 التاريخ \_\_\_\_\_ اسم الشريك/الشركاء \_\_\_\_\_ رقم الهوية \_\_\_\_\_ التوقيع \*

**שים לב:** עליך לחתום על ההצהרה ועל 3 ויתורי הסודיות.  
**انتبه:** عليك أن توقع على تصريح وعلى 3 تنازلات عن حق الخصوصية .

אני החתומה מטה מצהירה בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן 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 מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. אני המوقعة أدناه أصرح بهذا أن جميع التفاصيل التي قدمتها بهذا الطلب وملحقاته صحيحة وكاملة. اعرف أن تقديم تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات يعتبر مخالفة للقانون, وأن أي شخص يحاول بالغش عن معرفة كي يحصل على منحة حسب القانون أو زيادتها, بواسطة إخفاء تفاصيل لها أهمية لهذا الأمر فإنه يخالف القانون وقد يتعرض لدفع غرامة مالية أو يسجن. أنا اعلم أن كل تغيير في احد التفاصيل التي أعطيتها في هذا الطلب وملحقاته, يؤثر على استحقاقى للمخصصات او على نشوء الديون, وبناء على ذلك أنا أتعهد أن ابليغ عن كل تغيير خلال 30 يوما.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובעת \* \_\_\_\_\_  
التاريخ \_\_\_\_\_ توقيع المدعية \* \_\_\_\_\_

יתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי  
تنازل عن السرية الطبية لمؤسسة التأمين الوطني

לכבוד \_\_\_\_\_  
אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_  
הגרה ב \_\_\_\_\_  
מבקשת בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו כל מידע בקשר להריוני, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותי ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיי.  
תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \* \_\_\_\_\_  
لحضرة \_\_\_\_\_  
أنا \_\_\_\_\_ الموقع أدناه, رقم الهوية: \_\_\_\_\_  
السكنة في \_\_\_\_\_  
اطلب بهذا ابلاغ مؤسسة التأمين الوطني أو لوكيلها أي معلومات بالنسبة لحملي, حالتي الصحية, العلاج الذي أعطي لي, نتائجي و/أو أي معلومات أخرى تطلبها و/أو أي مستند طبي يخصني.  
التاريخ \_\_\_\_\_ التوقيع \* \_\_\_\_\_

יתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי  
تنازل عن السرية الطبية لمؤسسة التأمين الوطني

לכבוד \_\_\_\_\_  
אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_  
הגרה ב \_\_\_\_\_  
מבקשת בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו כל מידע בקשר להריוני, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותי ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיי.  
תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \* \_\_\_\_\_  
لحضرة \_\_\_\_\_  
أنا \_\_\_\_\_ الموقع أدناه, رقم الهوية: \_\_\_\_\_  
السكنة في \_\_\_\_\_  
اطلب بهذا ابلاغ مؤسسة التأمين الوطني أو لوكيلها أي معلومات بالنسبة لحملي, حالتي الصحية, العلاج الذي أعطي لي, نتائجي و/أو أي معلومات أخرى تطلبها و/أو أي مستند طبي يخصني.  
التاريخ \_\_\_\_\_ التوقيع \* \_\_\_\_\_

**אישור המעסיק על העסקת עובד – למילוי רק לאחר הפסקת העבודה**  
**تصريح المستخدم على تشغيل عامل – يعبأ فقط بعد التوقف عن العمل**

**I פרטי המעסיק**

**تفاصيل المستخدم**

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד اسم المستخدم/المصنع/الكيوتس/المشغل	מספר תיק ניכויים رقم ملف الخصومات	טלפון קווי هاتف ارضي
רחוב / תא דואר شارع / صندوق رقم	יישוב البلد	טלפון פקס هاتف فاكس
מס' בית رقم البيت	מיקוד الرمز البريدي	

**II הננו לאשר בזה שמרת**

**نحن نصرح بأن السيدة**

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية ב"ס
-------------------------	-------------------------	--------------------------------

1. החלה לעבוד אצלי בתאריך \_\_\_\_\_ ועבדה עד תאריך \_\_\_\_\_

1. بدأت العمل عندي من تاريخ \_\_\_\_\_ وعملت حتى تاريخ \_\_\_\_\_

2. שכרה שולם  בבנק  בהמחאה  במזומן  אחר   
 2. دفع راتبها  في بنك  في شيك  نقدا  اخر

3. האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובדת?  לא  כן, סוג הקרבה \_\_\_\_\_  
 3. هل توجد قرابة بينك وبين العاملة?  لا  نعم, نوع القرابة \_\_\_\_\_

4. הסיבה להפסקת העבודה: \_\_\_\_\_

4. سبب توقف العمل: \_\_\_\_\_

**תנאי העבודה והשכר:**

**شروط العمل والأجرة:**

1. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה, העובדת עבדה:

1. في السنتين السابقتين لتوقف العمل, عملت العاملة:

ברציפות  שלא ברציפות. פרט:  
 בתواصل  بصورة غير متواصلة. فصل:

חופשה ללא תשלום מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_  
 إجازة بلا أجره من يوم \_\_\_\_\_ حتى يوم \_\_\_\_\_

שנת שבתון/השתלמות מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_  
 إجازة دراسية لمدة سنة/استكمال من يوم \_\_\_\_\_ حتى يوم \_\_\_\_\_

אחר(פרט): מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_  
 آخر(فصل): من يوم \_\_\_\_\_ حتى يوم \_\_\_\_\_

2. מס' ימי עבודה בשבוע: \_\_\_\_\_  
 2. عدد أيام العمل في الأسبوع: \_\_\_\_\_

**פרטים על העבודה והשכר**  
**תفاصيل عن العمل والأجرة**

III

פרט שכרה של העובדת (בש"ח) ב-10 חודשים שקדמו להפסקת עבודתה (אף אם אינם רצופים). יש לרשום את הסכומים כולל הפרשים ותשלומים בנוסף לשכר הרגיל (כגון הבראה, ביגוד, מענק חד-פעמי וכו')  
 فصل أجرة العاملة (في الشيكال الجديد) في العشرة أشهر التي سبقتم عملها (حتى وان لم تكن متواصلة). يجب تسجيل المبالغ تحوي الفروقات والدفعات إضافة إلى الأجرة العادية (مثل نقاهة, الملابس, منحة لمرة واحدة وما شابه)

מס' רמק	בשנה/ בחודש في السنة / في الشهر	השכר החייב במס الأجرة التي تستوجب الضريبة	השכר החייב בדמי ביטוח الأجرة التي تستوجب رسوم التأمين	דמי ביטוח ודמי ביטוח בריאות שנוכו رسوم التأمين ورسوم التأمين الصحي التي خصمت	אחוז המשרה نسبة الوظيفة	בסיס השכר (חודשי, יומי, שכר לשעה) أساس الأجر (شهري, يومي, أجرة ساعة)	מספר ימי עבודה בעבורם שולם שכר (כולל ימי חג, חופשה, מחלה) عدد أيام العمل التي دفع فيها الأجرة (بضم أيام العيد, الإجازة, المرض)	היעדרויות בעבורם לא שולם שכר تغييبات لم تدفع فيها الأجرة	
								מס' ימים عدد الأيام	סיבה السبب
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

**פירוט תשלומים חד-פעמיים והפרשים שנכללו בשכר**  
**تفصيل الدفعات التي دفعت لمرة واحدة والفروقات التي كانت في الأجرة**

IV

בטור "מהות התשלום", לגבי תשלומים חד-פעמיים – יש לרשום את סוג התשלום, כגון: דמי הבראה, ביגוד, מענק חד-פעמי, משכורת י"ג, בונוס תקופתי וכו'.  
 في عامود "ماهية الدفع" بالنسبة لدفعات لمرة واحدة – يجب أن يسجل نوع الدفعة, مثل: رسوم نقاهة, ملابس, هبة لمرة واحدة, معاش ثالث عشر, علاوة زمنية وما شابه.  
 לגבי "הפרשי שכר" (כולל שעות נוספות ופרמיות) – יש לרשום "הפרשים" ולשייך אותם לחודשים שבעדם הם שולמו.  
 بالنسبة "الفروق الأجرة" (بضم ساعات إضافية وعلاوة) – يجب تسجيل "فروقات" وان تحسب للأشهر التي من خلالها دفعت .

מהות התשלום ماهية الدفع	בחודש في الشهر	שולם סכום בש"ח دفع مبلغ (ش.ج)	בעבור תקופה بالنسبة للفترة	
			מתאריך من تاريخ	עד תאריך حتى تاريخ

**פרטים משלימים**  
**تفاصيل مكملة**

V

- האם שלומי דמי מחלה עבור שמירת הריון?  לא  כן, עבור התקופה מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_
- האם שלומי דמי מחלה עבור שמירת הריון?  לא  כן, بالنسبة للفترة من \_\_\_\_\_ حتى \_\_\_\_\_
- מלא סעיף זה במקרה שסיבת שמירת הריון היא סביבת העבודה:  
 2. אמלא هذا البند في حالة أن السبب لحفظ الحمل كان من مسببات العمل:  
 ידועה לי הסיבה לשמירה והריני מצהיר בזאת כי לא נמצאה לה עבודה חלופית  
 معلوم لدي أن السبب للحفاظ وأنا أصرح بهذا أنه لم يوجد لها عمل بديل



**הצהרת המעסיק**  
**تصريح المستخدم**

**VI**

אני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתו של העובד כנדרש בחלק זה.  
 أنا أصرح بهذا أنني قدمت كل التفاصيل المتعلقة بعمل العامل حسب المطلوب في هذا البند .

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת החותם ותפקידו ✕ \_\_\_\_\_ חתימה וחותרמת המעסיק/המפעל ✕ \_\_\_\_\_  
 التاريخ \_\_\_\_\_ امضاء الموقع ووظيفته ✕ \_\_\_\_\_ توقيع وختم المستخدم/المصنع ✕ \_\_\_\_\_

**אישור מזכירות הקיבוץ או המושב השיתופי**  
**مصادقة سكرتارية الكيبوتس / المستوطنة التعاونية**

**VII**

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

اصدق ان السيد \_\_\_\_\_ هو عضو كيبوتس/قرية تعاونية \_\_\_\_\_  
 اسم العائلة الاسم الشخصي رقم الهوية

<p>אחוזי ביטוח                  نسبة التأمين</p>	<p>סוג הביטוח                  نوع التأمين</p>	<p>הנ"ל מבטוח החל מתאריך                  المذكور اعلاه مؤمن ابتداءنا                  من تاريخ</p> <p>שנה חודש יום                  السنة الشهر اليوم</p>
<p>שנה חודש יום                  السنة الشهر اليوم</p>	<p>תאריך הפסקת עבודה                  تاريخ انتهاء العمل</p>	<p>מס' תיק בביטוח לאומי                  رقم الملف في التأمين الوطني</p>

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת החותם ותפקידו ✕ \_\_\_\_\_ חתימה וחותרמת ✕ \_\_\_\_\_  
 التاريخ \_\_\_\_\_ امضاء الموقع ووظيفته ✕ \_\_\_\_\_ التوقيع والختم ✕ \_\_\_\_\_