



תביעה לתשלום גמלה לשמירת הריון

طلب لتلقي مخصصات الحفاظ على الحمل

(יציאה ושהייה בחו"ל בזמן שמירת הריון שוללת את הזכאות לגמלה)
(الخروج والمكوث في خارج البلاد في فترة الحفاظ على الحمل يلغي استحقاق المخصصات)

חובה לצרף לטופס זה

يجب ارفاق ما يلي

אישור רפואי (טופס בל/ 331), הטופס ימולא ע"י רופא מומחה למחלות נשים ולידה בלבד.
נא לצרף תיעוד רפואי ותיק מעקב רפואי.
تقرير طبي (طلب رقم 331), يعبأ الطلب لدى طبيب مختص لأمراض النساء والتوليد فقط.
الرجاء ارفاق شهادات طبية وملف متابعة الحمل.

כאשר סיבת שמירת ההיריון היא עקב סביבת עבודתך, חובה לצרף מכתב מפורט מאת המעסיק לגבי אופי העבודה ואישורו על כך שלא נמצאה לך עבודה חלופית.
يجب ارفاق مكتوب مفصل من مكان عملك عن طبيعة و ماهية وظيفتك كما ويجب ارفاق تصريح بأنه لا يوجد أي وظيفة أخرى تناسب حالتك إذا كانت بيئة عملك هو المسبب لتقديم طلب الحفاظ على الحمل.

לידיעתך

لعلمك

תשלום הגמלה מותנה באישור רופא מטעם הביטוח הלאומי, אשר רשאי לדרוש פרטים רפואיים נוספים – ככל שיידרשו.
يتعلق دفع المخصصات بموافقة طبيب من قبل التأمين الوطني والذي قد يطلب تفاصيل طبية إضافية.

אם תאושר לך גמלה לשמירת הריון עד למועד הלידה, ונקבל מידע מבית החולים על הלידה, נשלם לך דמי לידה לחשבון הבנק אותו רשמתי בטופס זה, ללא צורך בהגשת תביעה לדמי לידה.
سنقوم بدفع إجازة أمومة لحساب البنك الذي سجل في هذا الطلب إذا تلقينا معلومات من المستشفى عن تاريخ الولادة, في حالة تلقيك لمخصصات الحفاظ على الحمل حتى موعد الولادة دون تقديم طلب لإجازة الأمومة.

אם את בעלת שליטה או קרובת משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את סעיף ההצהרה בסוף עמוד 4.
يجب تعبئة بند التصريح في نهاية صفحة 4, إذا كنت صاحبة سيطرة أو هنالك قرابة عائلية مع صاحب سيطرة أو صاحب أسهم في شركة.

אין ביציאה לחו"ל משום עילה להפסקת תשלום גמלה לשמירת הריון, כאשר ניתנת בשל סוג העבודה, מקום ביצוע העבודה או אופן ביצוע העבודה.
لا يعتبر السفر الى خارج البلاد سبب لإلغاء استحقاق مخصصات الحفاظ على الحمل, بشرط أن يكون الاستحقاق نتيجة نوع العمل, مكان تنفيذ العمل أو طريقة تنفيذ العمل.

עפ"י חוק לא תשלום גמלת שמירת הריון בתקופה בעדה משולמים ימי מחלה או תשלום מכוח חיקוק אחר.
وفقا للقانون, لا تدفع مخصصات الحفاظ على العمل عن الفترة التي يدفع عنها إجازة مرضية أو أي دفعة بواجب تشريع قانون آخر.

כל תקופה נוספת של שמירת היריון מחייבת הגשת אישור רפואי בלבד על גבי טופס בל/331 וכן תיעוד רפואי חדש, ואין צורך בהגשת טופס תביעה זה.

כל فترة إضافية للحفاظ على الحمل تلزم بإحضار تقرير طبي معبأ في الطلب رقم 331 فقط مع اثباتات طبية حديثة ولا يوجد حاجة لتقديم طلب مخصصات جديد.

על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה. ופقا للقانون, تدفع المخصصات بأثر رجعي عن فترة أقصاها 12 شهرا من يوم تقديم الطلب.

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.

تستطيع استلام الرسائل بواسطة البريد الإلكتروني بدلا من البريد. لذا, عليك تعبئة تفاصيل البريد الإلكتروني في الطلب. لعلمك, تُعفى مؤسسة التأمين الوطني من إرسالها بواسطة البريد في هذه الحالة.

כיצד יש להגיש את התביעה כيفية تقديم الطلب

את התביעה ניתן להגיש לאחר שחלפו 30 ימים רצופים של שמירת הריון. ניתן تقديم الطلب بعد انقضاء 30 يوما متواصلا من الحفاظ على الحمل.

באפשרותך למלא את טופס התביעה ולשלוח את המסמכים און ליין (באופן מקוון) באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

בإمكانك تعبئة الطلب وإرسال المستندات اللازمة مباشرة (بواسطة الإنترنت) في موقع الإنترنت www.btl.gov.il.

כמו כן, את טופס התביעה ניתן לשלוח בדואר, למסור לפקיד קבלת קהל בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך או להכניס לתיבת השירות המוצבת מחוץ לסניף. كما وتستطيع إرسال الطلب بواسطة البريد, تسليمه لموظف استقبال الجمهور في فرع التأمين الوطني القريب من مكان سكنك أو إدخاله لصندوق الخدمة المتواجد خارج الفرع.

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. لا يشترط تسليم الاثباتات الاصلية بل بإمكانك ارسال الطلب مع الإثباتات اللازمة بواسطة الفاكس. مع ذلك, اذا لم تكن النسخة أو الفاكس واضحا فيحق لمؤسسة التأمين الوطني أن تطلب إبراز الاثباتات الأصلية لأي سبب آخر وحسب قرار موظف المخصصات.

לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345. للأسئلة والاستفسار عليك التوجه لهاتف رقم *6050 أو 04-8812345.

לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il. يمكنك الاستعانة بموقع التأمين الوطني بالإنترنت للحصول على معلومات إضافية www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה التوقيع على نموذج الطلب إلزامي

| | |
|---------------------------------------|-----|
| לשימוש פנימי בלבד (סריקה) | |
| מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים | 0 1 |

חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
גמלאות אמהות
مؤسسة التأمين الوطني
ادارة المخصصات
مخصصات الأمومة

תביעה לתשלום גמלה
לשמירת הריון
طلب لتلقي مخصصات
الحفاظ على الحمل

פרטי התובעת

1

תفاصيل مقدمة الطلب

| | | | |
|--|--------------------------|-------------------------------------|---|
| שם משפחה اسم العائلة | שם פרטי الاسم الشخصي | תאריך לידה تاريخ الميلاد | מספר זהות رقم الهوية ס"ב |
| שם משפחה לפני הנישואין اسم العائلة قبل الزواج | ארץ לידה دولة الولادة | מס' שנות לימוד عدد سنوات التعليم | <input type="checkbox"/> שכירה أجيرة <input type="checkbox"/> חברת קיבוץ عضوة في كيبوتس <input type="checkbox"/> עצמאית, משלמת ד.ב.ב.ב.סניף مستقلة, تدفع رسوم التأمين في فرع |

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

| | | | | | |
|--|-----------------|--|-----------------|--|-----------------------------------|
| מיקוד رقم المنطقة | יישוב البلدة | דירה الشقة | כניסה المدخل | מס' בית رقم المنزل | רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد |
| דואר אלקטרוני البريد الالكتروني | | טלפון נייד الهاتف الخليوي | | טלפון קווי رقم الهاتف | |
| <input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני وافق على استلام الرسائل للبريد الالكتروني | | <input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת הודעות SMS وافق على استلام رسائل نصية | | <input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני وافق على استلام الرسائل للبريد الالكتروني | |

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)
العنوان البريدي (إذا كان مختلفا عن العنوان أعلاه)

| | | | | | |
|----------------------|-----------------|---------------|-----------------|-----------------------|-----------------------------------|
| מיקוד رقم المنطقة | יישוב البلدة | דירה الشقة | כניסה المدخل | מס' בית رقم المنزل | רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد |
|----------------------|-----------------|---------------|-----------------|-----------------------|-----------------------------------|

אם לא עבדת ברציפות בשנה האחרונה, אנא מלאי חלק זה לגבי השנתיים האחרונות
 إذا لم تعمل في السنة الأخيرة، الرجاء تعبئة هذا البند عن آخر سنتين.

נא צרפי אישורים מתאימים
 الرجاء ارفاق الإثباتات اللازمة

- שם מעסיק קודם _____ . עבודה מתאריך _____ עד _____
 اسم صاحب العمل. العمل من تاريخ حتى
- עבודה כעצמאית מתאריך _____ עד _____
 أعمل كمستقلة من تاريخ حتى
- קיבלתי מהמוסד לביטוח לאומי גמלה מסוג:
 تلقيت مخصصات من مؤسسة التأمين الوطني:
 דמי לידה / חופשה מאמצת דמי אבטלה גמלה לשמירת הריון דמי פגיעה דמי תאונה נכות
 مخصصات أمومة/عطلة لمتبنيه مخصصات بطالة مخصصات الحفاظ على الحمل اصابة عمل اصابة شخصية عجز
- שירתתי בצה"ל מתאריך _____ עד _____ . מס' אישי _____
 خدمة عسكرية من تاريخ حتى . الرقم الشخصي _____
 קבע סדיר קבע סדיר
 ثابتة خدمة عادية
- קיבלתי מקרן חופשה / קופת גמל – דמי חופשה / מחלה לתקופה מ _____ עד _____
 تلقيت من صندوق الإجازات / صندوق توفير – رسوم إجازة / إجازة مرضية من حتى
- שהיתי בהכשרה מקצועית מ _____ עד _____
 كنت في التدريب المهني من حتى
 מקום ההכשרה _____
 مكان التدريب _____
- שהיתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מ _____ עד _____
 كنت في إجازة بدون أجر في الفترة من حتى

פרטים משלימים

تفاصيل إضافية

- הפסקתי לעבוד / לעסוק
 במשלח יד בשל היריון ביום
 תופקת עני העמל / העמל במهنتي
 بسبب الحمل من تاريخ _____
 משלח יד _____
 المهنة _____
- אני מקבלת תשלום בגין שמירת היריון
 أتلقى مخصصات الحفاظ على الحمل
 מהמעביד מקופת הגמל מקרן ביטוח מקרן פנסיה ממקור אחר
 من صاحب العمل صندوق توفير صندوق تأمين صندوق تقاعد من مصدر آخر
- תקופת התשלום: _____ מיום _____
 فترة الدفع من تاريخ _____
 עד יום _____
 حتى تاريخ _____
 שנה _____ חודש _____ יום _____
 سنة شهر يوم
- אינני זכאית לתשלום בגין שמירת הריון ממקור אחר.
 لا أستحق أي دفعة مقابل الحفاظ على الحمل من أي مصدر آخر.
- האם יש קשר משפחתי בינך לבין מעסיקך? לא כן, סוג הקרבה: _____
 هل توجد أي صلة قرابة مع صاحب العمل? كلا نعم, نوع القرابة _____
- האם הינך עובדת במקביל אצל מעביד נוסף? לא כן
 هل تعمل لدى مكان عمل آخر بالمقابل? كلا نعم

פרטי חשבון הבנק של התובעת
تفاصيل حساب بنك مقدمة الطلب

| | | | |
|--|-----------------------|--|----------------------|
| סוג חשבון נוע الحساب | | שמות השותפים לחשבון اسماء الشركاء في الحساب | |
| <input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוצי شخصي <input type="checkbox"/> كيبويسي | | | |
| מספר חשבון رقم الحساب | מס' סניף رقم الفرع | שם הסניף / כתובתו اسم الفرع / عنوانه | שם הבנק اسم البنك |
| | | | |

אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכימה, שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטיהם של השותפים בחשבון ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה. 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.

אני מסכימה כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוצך לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

ألتزم بإبلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أي تغيير قد يطرأ على هوية الشركاء في حساب البنك و/أو المفوضين في الحساب، والحصول على توقيعهم على استمارة تحديث الحساب. أوافق بأن يقوم البنك من حين إلى آخر بتزويد مؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، بتفاصيل الشركاء والمفوضين، وذلك خلال فترة الاستحقاق أو بعدها.

أوافق أن يقوم البنك بإعادة الأموال المودعة في حسابي لمؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، وذلك في حال قامت المؤسسة بتحويل مبلغ ما إلى حسابي بالخطأ أو بشكل غير قانوني، سواء كان كاملاً أو جزئياً. كما ويجوز للبنك تزويد المؤسسة بتفاصيل الأشخاص الذين قاموا بسحب الأموال. أوافق بأن تتوجه المؤسسة للبنك المذكور أعلاه، بواسطة الاتصالات المحوسبة، لغرض التحقق من ملكيتي لحساب البنك أعلاه وتزويدها بالمعلومات الضرورية لهذا الغرض. وبدلاً من ذلك، معلوماً لدي بأن المؤسسة تستطيع طلب مستندات وإثباتات إضافية من أجل التحقق من تفاصيل حساب البنك المصرح عنه أعلاه ويجب علي إرفاقها حسب الطلب.

תאריך / تاريخ _____ שם השותף/ים / اسم الشريك/الشركاء _____ מס' ת.ז. / رقم الهوية _____ חתימה / التوقيع _____ *
 * _____

פטור ממס ונקודות זיכוי
اعفاء من الضريبة واسترجاع

אם יש לך פטור מלא או חלקי ממס הכנסה – נא צרפי אישור מתאים ממס הכנסה
 إذا كنت معفياً من الضريبة بشكل جزئي أو كامل – يجب إرفاق إثبات من ضريبة الدخل

הצהרה
تصريح

אני החתומה מטה מצהירה בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
 ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה 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.

أنا الموقع أدناه أصرح بهذا أن جميع التفاصيل التي قَدِّمت ضمن هذا الطلب وملاحقه صحيحة وكاملة.

أعلم أن تزويد تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات تعتبر مخالفة للقانون، وأن الشخص الذي يقوم، بالعلم أو الاحتيال، للمصادقة على دفع المخصّصات وفق هذا القانون، أو زيادتها عن طريق إخفاء تفاصيل ذات أهمية، سيعاقب بدفع غرامة أو بالسجن.

أعلم أن أيّ تغيير في أحد تفاصيل هذا الطلب أو ملاحقه قد يؤثر على استحقاقى للمخصّصات أو على تراكم دين، لهذا ألتزم بالتبليغ عن أيّ تغيير خلال 30 يوم.

תאריך / تاريخ _____ חתימת התובעת / توقيع مقدمة الطلب _____ *
 * _____

אישור המעסיק על העסקת עובד – למילוי רק לאחר הפסקת העבודה
تصريح المشغل حول توظيف العامل – يعاب بعد التوقف عن العمل

I פרטי המעסיק
تفاصيل صاحب العمل

| | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------|
| שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד اسم صاحب العمل/المصنع/الكيوتس/المشغل | מספר תיק ניכויים رقم ملف الخصومات | טלפון קווי رقم الهاتف |
| רחוב / תא דואר شارع / صندوق بريد | מס' בית رقم المنزل | יישוב البلدة |
| מיקוד رقم المنطقة | טלפון פקס رقم الفاكس | |

II הננו לאשר בזה שמרת

نصرح بأن السيدة

| | | | |
|-------------------------|-------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| שם משפחה اسم العائلة | שם פרטי الاسم الشخصي | עיסוק/תפקיד الوظيفة / المهنة | מספר זהות رقم الهوية |
|-------------------------|-------------------------|---------------------------------|-------------------------|

1. החלה לעבוד אצלי בתאריך _____ ועבדה עד תאריך _____
 بدأت العمل لدي من تاريخ _____ وعملت حتى تاريخ _____

2. שכרה שולם בבנק בהמחאה במזומן אחר
 دفع الراتب في البنك في شيك في نقدا آخر

3. האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובדת? לא כן, סוג הקרבה _____
 هل توجد أي صلة قرابة مع الموظفة? كلا نعم, نوع القرابة _____

4. הסיבה להפסקת העבודה: _____
 سبب التوقف عن العمل: _____

תנאי העבודה והשכר:
شروط العمل والأجر:

1. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה, העובדת עבדה: _____
 عملت الموظفة في آخر سنتين قبل تاريخ توقف العمل: _____

ברציפות שלא ברציפות. פרט: _____
 بشكل متواصل غير متواصل. فصل: _____

חופשה ללא תשלום מיום _____ עד יום _____
 إجازة بدون أجر من تاريخ _____ حتى تاريخ _____

שנת שבתון/השתלמות מיום _____ עד יום _____
 إجازة دراسية/استكمال من تاريخ _____ حتى تاريخ _____

אחר(פרט): _____ מיום _____ עד יום _____
 آخر (فصل): _____ من تاريخ _____ حتى تاريخ _____

2. מס' ימי עבודה בשבוע: _____
 عدد أيام العمل اسبوعيا: _____

פרטים על העבודה והשכר



תفاصيل العمل والأجر

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 أجر الموظفة (שיكل جديد) في ال 10 أشهر الأخيرة التي سبقت توقفها عن العمل (حتى وإن لم تكن متواصلة). يجب تسجيل المبالغ يشمل الفروقات والدفعات المضافة للأجر العادي (مثل نقاهة, ملابس, منحة لمرة واحدة وما شابه)

| מס' الرقم | בחודש / في سنة / في شهر | השכר החייב בדמי ביטוח الأجر الملزم برسوم تأمين | דמי ביטוח ודמי ביטוח בריאות שנוכו رسوم التأمين ورسوم التأمين الوطني التي خصمت | אחוז המשרה نسبة الوظيفة | בסיס השכר (חודשי, יומי, שכר לשעה) الأجر الأساسي (شهري, يومي, أجرة لساعة) | מספר ימי עבודה בעבורם שולם שכר (כולל ימי חג, חופשה, מחלה) عدد الأيام التي دفع الأجر مقابلها (يشمل أيام العيد, عطلة, إجازة مرضية) | היעדרויות בעבורם לא שולם שכר الغيابات التي لم يدفع أجر مقابلها | 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 مرة واحدة والفروقات التي شملت في الأجر

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'.
 לגבי "הפרשי שכר" (כולל שעות נוספות ופרמיות) – יש לרשום "הפרשים" ולשייך אותם לחודשים שבעדם הם שולמו.
 بالنسبة للدفعات التي دفعت مرة واحدة - في عامود "ماهية الدفع" – يجب تسجيل نوع الدفعة, مثل: نقاهة, ملابس, منحة لمرة واحدة, معاش, 13, علاوة مؤقتة وما شابه.

| מהות התשלום ماهية الدفعة | בחודש في شهر | שולם סכום בש"ח المبلغ المدفوع ب-ش.ج | בעבור תקופה عن الفترة |
|-----------------------------|-----------------|--|--------------------------|
| | | | עד תאריך حتى تاريخ |
| | | | מתאריך من تاريخ |
| | | | |
| | | | |

V פרטים משלימים – התביעה לא תידון ללא מילוי סעיף זה

V

تفاصيل مكملة – لن يفحص الطلب بدون تعبئة هذا البند

א. האם שולמו דמי מחלה עבור שמירת הריון? לא כן, עבור התקופה מ _____ עד _____
 هل دفعت إجازة مرضية عن فترة الحفاظ على الحمل؟ كلا نعم, عن الفترة من _____ حتى _____

ב. אם סיבת השמירה היא סביבת עבודה מסכנת, יש לצרף מכתב מפורט מהמעסיק וכן אישור שלא נמצאה עבודה חלופית.
 يجب ارفاق مكتوب مفصل من صاحب العمل وموافقة على عدم وجود وظيفة بديلة, اذا كانت بيئة العمل خطيرة وهي سبب الحفاظ على الحمل.

ידועה לי הסיבה לשמירה והריני מצהיר בזאת כי לא נמצאה לה עבודה חלופית.
 أعلم بسبب الحفاظ على الحمل وأصرح بهذا بأنه لا يوجد لها وظيفة بديلة.

**VI הצהרת המעסיק
 تصريح صاحب العمل**

VI

אני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתה של העובדת כנדרש בחלק זה.
 أصرح بهذا بأني قدمت جميع التفاصيل عن عمل الموظفة كما هو مطلوب في هذا البند.

תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו
 تاریخ _____ توقيع المصريح ووظيفته

חתימה וחותרמת המעסיק/המפעל _____
 توقيع وختم مكان العمل/المشغل

VII אישור מזכירות הקיבוץ או המושב השיתופי

VII

مصادقة سكرتارية الكيبوتس / المستوطنة التعاونية

הנני מאשר שגב' _____ חברת קיבוץ/מושב שיתופי _____
 أصرح بأن السيدة _____ عضوة في كيبوتس / مستوطنة تعاونية

שם משפחה _____ פרטי _____ ת.ז. _____
 اسم العائلة الاسم الشخصي رقم الهوية

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|------|------|-----|-----|-----|---------------------------|-----------------------------|
| הנ"ל מבוסחת החל מתאריך المذكورة أعلاه مؤمنة من تاريخ | <table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td>سنة</td> <td>شهر</td> <td>يوم</td> </tr> </table> | שנה | חודש | יום | سنة | شهر | يوم | סוג הביטוח נוע التأمين | אחוזי ביטוח نسبة التأمين |
| שנה | חודש | יום | | | | | | | |
| سنة | شهر | يوم | | | | | | | |
| מס' תיק בביטוח לאומי رقم الملف في التأمين الوطني | תאריך הפסקת עבודה تاريخ التوقف عن العمل | <table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td>سنة</td> <td>شهر</td> <td>يوم</td> </tr> </table> | שנה | חודש | יום | سنة | شهر | يوم | |
| שנה | חודש | יום | | | | | | | |
| سنة | شهر | يوم | | | | | | | |

תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו _____
 تاریخ _____ توقيع المصريح ووظيفته

חתימה וחותרמת _____
 التوقيع والختم

**הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה או בעל מניות בחברה בלבד
تصريح للتعبئة من قبل صاحب سيطرة أو قريب عائلي أو صاحب أسهم في شركة فقط**

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל)
ما هي وظيفتك في العمل في موعد استحقاق المخصّصات؟ (تفصيل العمل الذي نفذته)

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)
أين نَفَّذَ العمل فعلياً؟ (سجّل العنوان)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)
ما هي نسبة وظيفتك؟ (فصّل الأيام والساعات)

פרטי העובדת שהחליפה אותי במהלך תקופת לידה והורות: שם _____ ת.ז. _____
تفاصيل الموظفة التي قامت بتبديلي في فترة الولادة وتربية الأطفال: الاسم _____ رقم الهوية _____

הריני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים
أصرح بأن هذه المعطيات صحيحة

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה * _____
تاريخ _____ الاسم الشخصي والعائلة _____ التوقيع _____



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
דמי לידה
מؤسسة التأمين الوطني
مديرية المخصّصات
مخصّصات الولادة

חותמת קבלה

כתב ויתור סודיות רפואית
שם הגמלה: שמירת הריון

تصريح بالتنازل عن السرية الطبية
اسم المخصّصات: الحفاظ على الحمل

פרטים אישיים
التفاصيل الشخصية

| | | | | | |
|---------------------------|-------------------------|--|------------|-------------|------------|
| קוד גמלה رمز المخصّصات | מספר זהות رقم الهوية | תאריך תביעה تاريخ الطلب | | | |
| 54 | | <table border="1"> <tr> <td>שנה سنة</td> <td>חודש شهر</td> <td>יום يوم</td> </tr> </table> | שנה سنة | חודש شهر | יום يوم |
| שנה سنة | חודש شهر | יום يوم | | | |
| שם משפחה اسم العائلة | שם פרטי الاسم الشخصي | | | | |

חברה בקופת חולים

عضوة في صندوق المرضى

כללית מאוחדת מכבי לאומית אחר
 כלאית מנוחדיית מקאבי לנומית אחר

הצהרה

تصريح

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותרת על הסודיות הרפואית שלי ומבקשת בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

אנא המועד אדאנא, המזכורה תפאסילי אעלאה פי هذا الطلب, أنتنازل عن السرية الطبية وأطلب بهذا تزويد مؤسسة التأمين الوطني أو من يمثلها, بكل المعلومات عن مرضي, حالتي الصحية, العلاج الذي ألقاه, نتائجه, أي ترتيب حول إطار خارج المنزل, أي معلومة كانت, كل مستند طبي أو تأهيلي أو نفسي عني شخصياً.

תאריך _____ חתימת המבוטחת ✕
 تاریخ _____ توقيع مقدمة الطلب