



תביעה למענק השלמה למובטל העובד בשכר נמוך

חובה לצרף לטופס זה

- תלושי שכר ואישור המעסיק על היקף המשרה בה הינך מועסק
- או אישור המעסיק על תקופת העסקה ועל השכר המצורף לטופס התביעה למענק ההשלמה.
- הפנייה לעבודה מלשכת שירות התעסוקה

כיצד יש להגיש את התביעה

- לתשומת לבך - במקרה והתחלת לעבוד בעבודה בשכר נמוך וטרם הגשת תביעה לדמי אבטלה – יש לצרף טופס זה לטופס התביעה לדמי אבטלה.
- ניתן להגיש תביעה עם מסמכים נלווים גם באמצעות פקס, ואין חובה להגיש מסמכים מקוריים. עם זאת המוסד יהיה רשאי לדרוש הצגת 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 ובירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- לידיעתך - ניתן להגיש תביעה למענק השלמה רק לאחר 25 ימי עבודה בשכר נמוך
- לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

עמוד 1 מתוך 2

מִס' זָהוּת / דִּרְכּוֹן									
סוּג 0 0		סוּג הַמַּסְמָךְ				דְּפִיִּים 			

לְשִׁימוּשׁ
 פְּנִימִי
 בְּלִבָּד
 (סִרְיָקָה)

חותמת קבלה

פרטי התובע

1

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות
0"ב

פרטי המעסיק

2

שם המעסיק

מספר תיק ניכויים

טלפון קווי

רחוב / תא דואר

מס' בית

ישוב

מיקוד

טלפון פקס

האם הינך נמנה על בעלי החברה?

כ ☐ ל ☐

האם קיימת קרבה משפחתית בינך לבין המעביד ?

_____ ליום, כן ☐ כל ☐

פרטי מעסיק נוסף (אם עבדת במקום עבודה נוסף בגינו אתה תובע מענק)

שם המעסיק

מספר תיק ניכויים

טלפון קווי

רחוב / תא דואר

מס' בית

ישוב

מיקוד

טלפון פקס

האם הינך נמנה על בעלי החברה?

10 11

האם קיימת קרבה משפחתית בינך לבין המעביד ?

_____ לִי, כִּי ☐ לִי ☐

הצהרה

3

אני החתום מטה תובע מענק ומצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן מענק לפי חוק זה או להגדלתו 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 למענק או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכים שהבנק 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.

תאריך _____ חתימת התובע **x**



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה למענק השלמה
למובטל העובד בשכר נמוך

מס' זהות / דרכון לשימוש פנימי בלבד (סריקה)									
סוג המסמך דפים									

חותמת קבלה

אישור המעסיק על תקופת ההעסקה ועל השכר

I פרטי המעסיק			
שם המעסיק		מספר תיק ניכויים	
רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד
טלפון קווי		טלפון פקס	

II פרטים על העבודה ושכר					
שם משפחה של העובד		שם פרטי של העובד		מספר זהות ס"ב	
תאריך תחילת העבודה:					
שכרו של העובד שולם על בסיס ☐ חודשי ☐ יומי ☐ שעות ☐ אחר: _____					
מס'	בשנה/ בחודש	השכר ברוטו החייב בדמי ביטוח בש"ח כולל הפרשים ותשלומים נוספים	דמי ביטוח ודמי ביטוח בראות שנוכו	אחוז המשרה	מספר ימי עבודה עבורם שולם שכר כולל ימי חג, חופשה, מחלה
1					
2					
3					
4					
5					
6					

III פירוט תשלומים חד-פעמיים והפרשים שנכללו בשכר				
בטור "מהות התשלום", לגבי תשלומים חד-פעמיים – יש לרשום את סוג התשלום, כגון: דמי הבראה, ביגוד, מענק חד-פעמי, משכורת י"ג, בונוס תקופתי וכד'. לגבי "הפרשי שכר" (כולל שעות נוספות ופרמיות) – יש לרשום "הפרשים" ולשייך אותם לחודשים שבעדם הם שולמו.				
מהות התשלום	בחודש	שולם סכום בש"ח	בעבור תקופה	
			עד תאריך	מתאריך
סיבה אחרת לשינויים בשכר-				

IV הצהרת המעסיק	
אני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתו של העובד כנדרש בחלק זה.	
תאריך _____	חתימת החותם ותפקידו _____
_____	חתימה וחותמת המעסיק/המפעל ✕