



תביעה לתשלום חוב שכר עבודה ופיצויי פיטורין בפשיטת רגל ופירוק תאגיד

לידיעתך

- עובד אשר נגד מעבידו ניתן צו פשיטת רגל או פירוק, זכאי לגמלה בשיעור שכר העבודה ופיצויי פיטורים שמעבידו חייב לו עד למקסימום הגמלה הקבועה בחוק והמשתנה מידי פעם, בתנאי שהמפרק או הנאמן אישר את החוב.
- הגמלה המשולמת לפי חוק אינה כוללת חוב בגין קצבת ילדי עובדים ותשלומי תגמולים למשרתים במילואים. אותם עליך לתבוע בנפרד.

כיצד יש להגיש את התביעה – הנחיות לעובד

- יש למלא את עמוד 2 בטופס.
- לטופס התביעה יש לצרף את המסמכים הבאים: שלושה תלושי שכר אחרונים, מכתב פיטורין ואישור על גובה ההפקדות לפיצויי פיטורים העומדים לזכותך בקופת הגמל.
- אם יש לך פטור מלא או חלקי ממס הכנסה, נא לצרף אישור ממס הכנסה.
- לאחר מילוי הטופס על ידך, יש להעביר טופס זה עם המסמכים הנלווים, אל מי שמונה ע"י בית המשפט כמפרק או נאמן או מנהל יחיד.
- לקבלת פרטים נוספים בעניין פירוק או פשיטת רגל או לגבי זהות המפרק, הנאמן או המנהל המיוחד, יש לפנות למשרד המשפטים- הכונס הרשמי באחד המחוזות: ירושלים, תל אביב, חיפה או באר שבע.
- לאחר אישור התביעה ע"י המפרק, הנאמן או המנהל המיוחד, הטופס יועבר לבדיקת המוסד לביטוח לאומי.
- לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון 6463020 – 02 ימים ראשון ורביעי בין השעות 12:00-15:00. או בפקס 6517730 – 02.
- לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

לידיעת המפרק או הנאמן

- המוסד לביטוח לאומי, אגף פשיטות רגל, ישלם רק סכומים אשר אושרו ע"י המפרק או הנאמן לאחר בדיקת תביעת העובד.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
ביטוח זכויות עובדים

מס' זהות / דרכון _____ סוג המסמך _____	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
---	---------------------------	-------------------

תביעה לתשלום חוב שכר עבודה ופיצויי פיטורין בפשיטת רגל ופירוק תאגיד

חלק זה ימולא ע"י העובד

1 פרטי העובד					
שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות		
		שנה חודש יום	ס"ב		
מין	מצב משפחתי	מספר ילדים	אישה עובדת		
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		
כתובת הרשומה במשרד הפנים					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני		
כתובת למשלוח דואר, אם שונה מהכתובת הרשומה מעלה					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
האם אתה נמנה עם בעלי המניות בחברה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן					
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין מעסיקך? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____					

2 פרטי חשבון בנק			
סוג החשבון		שמות בעלי החשבון	
<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוץ			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר החשבון

3

פרטי המעביד

שם המעביד					ענף המפעל	
כתובת						
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	

4

פרטים התביעה לתשלום חוב שכר עבודה או פיצויי פיטורין

תאריך התחלת עבודה במפעל _____ תאריך הפסקת עבודה במפעל _____

1. שכר עבודה אשר לא שולם ע"י המעביד לתקופה מ _____ עד _____ לפי _____ ש"ח ברוטו ליום - בעובד יומי, לפי _____ ש"ח ברוטו לחודש - לעובד חודשי סה"כ _____ ש"ח
2. הודעה מוקדמת _____ ש"ח
3. משכורת י"ג _____ ש"ח
4. פדיון חופשה _____ ש"ח
5. דמי הבראה _____ ש"ח
6. ביגוד _____ ש"ח
7. אי הפרשות לקופת גמל או השתלמות* _____ ש"ח
8. פיצויי פיטורים המגיעים בכח פיצוי פיטורים, או מכח הסכם קיבוצי _____ ש"ח
9. פיצויי פיטורים המצטברים בקופת פיצויים או ביטוח מנהלים _____ ש"ח
10. הפרשי הצמדה לתקופה מ _____ עד _____ _____ ש"ח

סה"כ החוב המגיע _____ ש"ח

* אם לא נפתחה כלל קופה עבור המבוטח, ניתן לאשר את חלקו של המעסיק ורק עבור 12 חודשים אחרונים שקדמו לניתוק יחסי עובד מעביד.

5

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר 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 ביודעין 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 מסכים 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.

תאריך _____ שם העובד _____ חתימת העובד ✕ _____

חלק זה ימלא ע"י המפרק/נאמן

1

אישור המפרק/הנאמן לתשלום הגמלה

שם המפרק/הנאמן											
כתובת											
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר						
דואר אלקטרוני		טלפון נייד		טלפון קווי							
שם התיק			שם בית המשפט המחוזי/רשם באגודות השיתופיות על ידם מוניתי:								
כמפרק/נאמן של המעביד (שם המעביד)			<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			שנה	חודש	יום			
שנה	חודש	יום									
מס' התיק במשרד כ.ג.ר. פר/פח:			צורת התאגדות: (חברה/אגודה/שותפות)								
הצו פורסם בילקוט פרסומים מס':			מס' התיק ברשם החברות/האגודות השיתופיות:								
מספר העובדים במפעל:											

לאחר שעיינתי בהוכחת החוב שהוגשה ע"י העובד _____ ת.ז. _____ בתאריך _____ הריני לאשר שהוכחת החוב אושרה על ידי כדלהלן:

- א. שכר עבודה כמשמעותו בסעיף 1 לחוק הגנת השכר, תש"ח - 1958
 - לתקופה מ _____ עד _____
 - הודעה מוקדמת כמשמעותה בחוק הודעה מוקדמת
 - ב. לתקופה מ _____ עד _____
 - ג. משכורת י"ג
 - ד. פדיון חופשה (לציין מס' ימים) _____
 - ה. דמי הבראה
 - ו. ביגוד
 - ז. אי הפרשות לקופת גמל או קרן השתלמות
 - ח. פיצויי פיטורים מתאריך _____ עד תאריך _____ לפי _____ ש"ח לשנה
 - ט. פיצויי פיטורים המצטברים בקופת פיצויים או ביטוח מנהלים
 - י. הפרשי הצמדה לתקופה מ _____ עד _____
- סה"כ חוב שכר עבודה / פיצויי פיטורין**

2

בהתאם להוכחת החוב שאישרתי, יש לשלם סך _____ ₪ כשכר עבודה ופיצויי פיטורין ומסך זה יש לנכות את הניכויים הבאים עפ"י תיק ניכויים

סך _____ ₪	לפקיד שומה ב- _____ עבור ניכוי מס ומלוות
סך _____ ₪	לביטוח לאומי ב- _____
סך _____ ₪	לקרן ביטוח _____
היתרה בסך _____ ₪	לעובד

תאריך _____ חתימת המפרק / הנאמן ✕ _____