



הוראות להגשת בקשה להיתר להעסיק עובד זר במתן טיפול סיעודי

1. מי זכאי להיתר להעסיק עובד זר בענף הסיעוד?

מטופל שלא שוהה במסגרת מוסדית (למעט בדיוור מוגן), הזקוק למטפל סיעודי שיועסק במשרה מלאה לפחות, יוכל לקבל היתר להעסיק עובד זר אם הוא עונה על התנאים דלהלן המתייחסים לקבוצת גילו:

א. תנאי זכאות למטופל שהגיע לגיל הפרישה:

מטופל שהגיע לגיל הפרישה יהיה זכאי להעסיק עובד זר אם צבר 4.5 נקודות ADL, או 4 נקודות ADL בתוספת ניקוד בודד, או זכאות להשגחה חלקית (דהיינו: לפחות 0.5 נק' בסעיף "השגחה" במבחן התלות) בתוספת ניקוד בודד, במבחן תלות שנעשה במסגרת תביעה לגמלת סיעוד שהוגשה למוסד לביטוח לאומי או על פי החלטת ועדת ערר של המוסד לביטוח לאומי המאשרת זכאות בשיעורים 168%-ו-150% או 84%-ו-75% (מופחתים עקב הכנסות) לגמלת סיעוד גם ללא מבחן תלות. ההיתר יינתן לתקופה המופיעה במבחן התלות. (מבחן תלות עבור מטופל בקבוצת הגיל דלעיל, אשר תביעתו לגמלת סיעוד נדחתה על ידי המוסד לביטוח לאומי **מחמת גובה הכנסתו**, יערך באמצעות פניה ישירה לאגף ההיתרים – ענף סיעוד במסגרת הבקשה להעסיק עובד זר כמפורט בסעיף 2 להלן). **מטופל מגיל 90 ומעלה יהא זכאי להיתר העסקה אם צבר 4 נקודות לפחות במבחן תלות.**

בקשות להארכת תוקף היתר קיים (למעט היתר לצורך טיפול בקטין) - היתרים שניתנו בעבר על סמך החלטת ועדה רפואית מטעם שירות התעסוקה, לפיה למטופל נכות צמיתה, וכן היתרים שניתנו בעבר למי שהיום הוא קשיש מגיל 85 ומעלה, יוארכו ללא צורך בדיון נוסף, כל עוד לא השתנו נסיבותיהם של מטופלים אלו (כגון: מעבר למגורים במסגרת מוסד).

ב. תנאי זכאות למטופל מגיל 18 ועד גיל הפרישה:

למטופל נקבעה זכאות לקצבת שירותים מיוחדים במוסד לביטוח לאומי (מי שתביעתו לקצבת שירותים מיוחדים נדחתה מחמת גובה הכנסתו או משום שבחר בקצבת ניידות, רשאי לבקש "חידוש דיון" בעניינו במוסד לביטוח לאומי לצורך הבקשה להיתר להעסיק עובד זר).

ג. תנאי זכאות לקטין:

הקטין זכאי לקצבת ילד נכה מאת המוסד לביטוח לאומי, ובנוסף, הוכח כי התקיימה לפחות אחת הנסיבות בפסקאות 1-3 להלן:

1. הימצאותו של הילד במסגרת לימודית מותנית בליווי של מטפל לצורך מתן עזרה פיזית לילד.
2. הילד זקוק לליווי או השגחה במשך רוב שעות היום מחמת נכותו, ונבצר מאותו ילד להשתתף במסגרת לימודית/טיפולית.

3. מתקיימות נסיבות רפואיות מיוחדות אחרות המצריכות טיפול יומיומי, צמוד וממושך בילד במשך השעות בהם הוא נמצא בביתו (כגון: הצורך בטיפול מיוחד בילד גם בשעות הלילה).

בקשות להארכת היתר קיים לצורך טיפול בקטין – בקשות להארכת היתרים שניתנו בעבר לצורך טיפול בילד נכה יוארכו ללא צורך בבדיקות נוספות בהתקיים שני תנאים מצטברים דלהלן:

- הילד זכאי לגמלת ילד נכה בשיעור של 100% לפחות.
- לבקשה צורף תצהיר לפיו הילד אינו מתגורר במסגרת מוסדית.

ד. תנאי זכאות לנכי פעולות איבה ונכי צה"ל:

ועדת מלווים במשרד הביטחון, או ענף נכי פעולות איבה במוסד לביטוח לאומי, קבע כי המטופל זכאי ל-17 שעות ליווי ביום לפחות.

ה. תנאי זכאות לנכי עבודה:

המטופל מוכר במוסד לביטוח לאומי כנכה עבודה ברמה של "סיוע מרובה" (בעבר: תלוי בזולת) או "תלוי בזולת" (בעבר: סיעודי).



2. כיצד יש להגיש בקשה להעסקת עובד זר? :

א. יש למלא את שלושת הטפסים המצורפים :

- טופס א'- בקשה לקבלת היתר להעסקת עובד זר או להארכת היתר קיים.
- טופס ב'- התחייבות מעסיק .
- טופס ג' - הצהרת ויתור על סודיות רפואית.

ב. יש לצרף לכל בקשה את המסמכים הבאים :

- אישור על תשלום אגרת בקשה מופחתת בסך 300₪. בקשה ללא אישור תשלום אגרה תוחזר לשולח.
- צילום ת"ז + ספח של המטופל (ושל "מעסיק", במקרה והמטופל אינו מסוגל למלא את חובותיו כמעסיק של עובד זר).
- אם המטופל חסוי, יש לצרף אישור על אפטרופסות.

ג. בנוסף לאמור, ובהתאם לנסיבות הבקשה, יש לצרף מסמכים נוספים כלהלן:

- **קטין**- יש לצרף אישור מנהל ביי"ס/גן בו רשום הילד לגבי השעות הרגילות בהן הילד נמצא בבית ה"ס/גן, חו"ד רפואית מעודכנת מהרופא המקצועי המטפל בילד וחו"ד רשויות הרווחה התומכות בסיבת הבקשה לפי סעיף 1ג' הנ"ל ותצהיר (טופס ד'), חתום בפני עו"ד וכן את הדוח הרפואי שנערך במוסד לביטוח לאומי במהלך התביעה לגמלת ילד נכה.
- **חולה העומד להשתחרר מבית החולים** – יש לצרף טופס בקשה למטופל העומד להשתחרר מבית חולים/מוסד סיעודי (טופס ה').
- **נכה עבודה, נכה איבה, נכה צה"ל** – יש לצרף אישור על זכאות.
- **קשיש שאינו זכאי לגמלת סיעוד מחמת גובה הכנסתו** – יש לצרף "טופס בקשה לביצוע מבחן תלות" המופיע באתר האינטרנט של הרשות.
- **יש לשלם אגרת בקשה מלאה בסך 580 ₪.** תשלום האגרה יתבצע באמצעות **שני שוברים**. הראשון- שובר תשלום בסך 300 ₪ עבור אגרת הבקשה המופחתת, השני- שובר תשלום בסך 280 ₪ עבור השלמת אגרת בקשה-מבחן תלות. יש לצרף לבקשה את שני האישורים המלמדים על תשלום אגרת הבקשה המלאה. ניתן לבצע את התשלום גם באמצעות אתר האינטרנט: www.piba.gov.il (הסכומים בסעיף זה מעודכנים ליום 1.1.2012 ומתעדכנים ב-1.1 של כל שנה בהתאם לשיעור עליית המדד).
- יש לשלוח את הבקשה על צירופיה לאגף ההיתרים - ענף הסיעוד לאחת מהכתובות הרשומות בתחתית הדף. **לא ניתן לשלוח בקשות באמצעות פקס. יש לשלוח אישורים מקוריים/מאומתים על ידי עו"ד או רו"ח בלבד.**

הערה: יש למלא את כל הפרטים הנדרשים בכתב ברור. הבקשה וההתחייבות ייחתמו על ידי המטופל, אך כאשר המטופל אינו מסוגל למלא חובות כמעסיק של עובד זר, בן משפחתו יחתום כ"מעסיק". **בקשה שהוגשה ללא אישור על תשלום אגרה, ו/או אשר לא מולאה כנדרש, ו/או שלא הושלמו בה כל המסמכים הנדרשים תוחזר לשולח.**

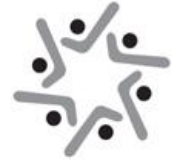
האם ישנם מקרים נוספים בהם ניתן לבקש היתר להעסיק עובד זר במתן טיפול סיעודי?

להלן מקרים נוספים בהם ניתן להגיש בקשה להעסיק עובד זר :

- א. מטופל בעל צרכים מיוחדים :** מטופל שצבר בין 2.5 ל-4 נקודות ADL במבחן תלות ובנוסף לכך מתקיימת אצלו אחת הנסיבות המפורטות להלן :
- הוא גר עם נכה נוסף במשפחה.
 - הוא נכה עם פיגור שכלי הגר עם הורה מעל גיל 70.
 - הוא הורה ל-3 ילדים מתחת לגיל 16.
 - הוא חולה במחלה ממארת או מחלה קשה, ודרושה לו השגחה במשך רוב שעות היום.

כתובות – אגף ההיתרים – ענף סיעוד:

ירושלים - רח' אגריפס 42, קומה 5, בניין כ"ה, ת.ד. 28346.
ת"א – רח' מנחם בגין 125, קומה 2, ת.ד. 7105, תל אביב 61070.
צפון – רח' פל ים 7, בניין צים, ת.ד. 109, חיפה, מיקוד 31003.
דרום – רח' אלומות 12, בניין משובית, קומה ב', א.ת. עומר.
מס' טלפון ארצי: 1-700-707-147



בקשה לפי פסקה זו תידון בפני ועדה מקצועית אשר תמליץ בפני הממונה אם בנסיבות העניין יש מקום להתיר העסקת עובד זר (לבקשה לפי סעיף זה חובה לצרף אישורים רפואיים עדכניים על מצבו הרפואי של המטופל והצורך בהשגחה במשך רוב שעות היום).

ב. חולה העומד להשתחרר מבית החולים: המציג אבחנה רפואית מטעם רופא בית החולים המציינת את הצורך ברצף טיפולי וכן את התאריך המשוער לשחרור החולה מבית החולים. היתר לפי סעיף זה יינתן בכפוף לשיקול הדעת של הוועדה המקצועית המייעצת של אגף ההיתרים – ענף סיעוד לתקופה של **שלושה חודשים בלבד**, כאשר לצורך הארכת ההיתר יידרש המבקש לעמוד בנהלים הרגילים. ההיתר שינתן לפי סעיף זה יאפשר העסקת עובד זר **הנמצא כדין בישראל בלבד**, ולא יאפשר הבאת עובד מחו"ל.

ג. קשישים המטופלים ע"י אגף השיקום של משרד הביטחון (כגון הורים שכולים ואלמנות צה"ל): בקשות אלו יידונו על ידי הוועדה המקצועית באגף ההיתרים עד לקביעת נוהל סופי לגביהן. לבקשות אלו יש לצרף אישור על כך שהמבקש נמצא בטיפול אגף השיקום, ומסמכים המעידים על מצבו הרפואי של המבקש.
יודגש כי מתן היתר במקרים אלו הינו בכפוף לשיקול דעת הגורמים המוסמכים.

3. איך תיוודע לי החלטת אגף ההיתרים – ענף סיעוד?:

החלטת ענף הסיעוד תישלח אליך בדואר. אם הינך זכאי להעסיק עובד זר יהא עליך לפנות לאחת הלשכות הפרטיות המורשות ששמותיהן מופיעים באתר האינטרנט של המשרד עם אישור ענף הסיעוד לצורך רישום עובד זר על שמך. אסור להעסיק עובד זר ללא רישום בלשכה פרטית וקבלת מכתב השמה מהלשכה המאשר את הרישום. פרטים בעניין הסדרי הרישום אצל לשכה פרטית וחובות הלשכה ניתן לראות באתר המשרד בכתובת: www.piba.gov.il.

4. מה הם חובותיי כלפי העובד הזר שיועסק על ידי?:

עובד זר זכאי לכל תנאי ההעסקה להם זכאים עובדים ישראלים, ובכלל זה ליום מנוחה שבועי, ימי חג וחופשות בתשלום, דמי הבראה, ופיצויי פיטורים. בנוסף, יש לספק לעובד תנאים מיוחדים כמפורט ב"חוק עובדים זרים", ובכלל זה חוזה בכתב בשפתו, מגורים הולמים בביתו של המטופל וביטוח רפואי. מומלץ לעיין באתר האינטרנט של משרד התמי"ת בכתובת www.moital.gov.il, מידע לגבי שיטת ההעסקה החדשה בסיעוד, "זכותו לעובד הזר" ומידע נוסף ניתן למצוא באתר האינטרנט של רשות האוכלוסין וההגירה בכתובת: www.piba.gov.il. היתר העסקה ניתן למעסיק שהוכיח צורך בטיפול או בהשגחה במשך רוב שעות היממה. אי לכך, לא תותר העסקת עובד זר במשרה חלקית. מטופל המעסיק עובד זר על פי היתר העסקה חייב להעסיק את העובד הזר בשכר חודשי ובמשרה מלאה לפחות, וכן עליו לספק לעובד מגורים הולמים בביתו של המטופל.



לתשומת ליבכם: בקשה שתוגש ללא אישור על תשלום אגרת הבקשה בסך 300 ₪ תוחזר לשולח.
טופס א'

בקשה לקבלת היתר להעסקת עובד זר או להארכת היתר קיים – ענף סיעוד

יש לסמן "X" במשבצת המתאימה:

בקשה חדשה, בקשה להארכת היתר שמסתיים בתאריך _____.

1. פרטי המטופל:

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת"ז	שנת לידה	מצב משפחתי
ישוב	רחוב	מס' בית ודירה	מיקוד	טלפון/פלאפון

2. פרטי המעסיק: (במקרים בהם המטופל אינו מסוגל לקיים חובות כמעביד של עובד זר, מחמת גילו או מצב בריאותו, יש לרשום בסעיף זה את פרטי בן המשפחה או האפוטרופוס החוקי של המטופל, שיהא אחראי להעסקת העובד הזר במתן טיפול סיעודי למטופל).

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת"ז	שנת לידה	זיקה למטופל
ישוב	רחוב	מס' בית ודירה	מיקוד	טלפון/פלאפון

3. פרטי הזכאות (יש לסמן את התשובה הנכונה ולמלא את הפרטים החסרים):

א. המטופל נבדק ע"י המוסד לביטוח לאומי ונמצא זכאי לאחת הגמלאות/הקצבאות להלן:

- גמלת סיעוד ברמה _____.
- קצבת שירותים מיוחדים (שר"מ) _____.
- קצבת ילד נכה _____.
- קצבת ניידות _____.
- קצבת נכי עבודה _____.
- קצבת נכי פעולות איבה _____.

ב. המטופל הינו גבר או אישה מעל גיל הפרישה, אשר אינו זכאי לקצבת סיעוד מאת המוסד לביטוח לאומי **מחמת גובה הכנסתו**, ולכן הוא מצרף לבקשה זו "טופס בקשה לביצוע מבחן תלות" ואישור על תשלום אגרת בקשה מלאה בסך 580 ש"ח באמצעות שני שוברי תשלום כמפורט בדברי ההסבר להלן.



ג. המטופל נמצא בטיפול משרד הביטחון:

הורה שכול / אלמנת צה"ל _____.

נכה/ת צה"ל _____.

4. האם המטופל מתגורר בבית אבות/דיור מוגן/בי"ח שיקומי/מסגרת מוסדית אחרת?

לא

כן, ציין את שם המוסד וכתובתו: _____ (יובהר כי לא

ייתן היתר למטופל השהה במסגרת מוסדית-למעט דיור מוגן).

5. יש למלא סעיף זה רק כאשר המטופל הינו קטין הזכאי לקצבת ילד נכה מאת המוסד לביטוח

לאומי (סמן אחד):

א. מחמת נכותו, זקוק הילד לליווי למתן עזרה פיזית כתנאי להשתתפותו במסגרת לימודית.

ב. מחמת נכותו, נבצר מהילד להשתתף במסגרת לימודית/טיפולית.

ג. מתקיימות נסיבות רפואיות מיוחדות המצריכות טיפול יומיומי צמוד וממושך בילד בביתו.

6. אם התקשרת עם לשכה פרטית להבאה, תיווך וטיפול בעובדים זרים בענף הסיעוד לצורך

תיווך העובד הזר, נא ציין את שם החברה: _____.

7. חתימה: (הבקשה תיחתם על ידי המטופל ובאם המטופל אינו המעסיק, על ידי המעסיק):

אני הח"מ, מר/גב' _____ מאשר כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הינם

נכונים ושלמים ואני מתחייב להודיע לרשות האוכלוסין וההגירה, אגף ההיתרים – ענף הסיעוד

אם יחול שינוי בפרטים אלו.

_____ חתימה

_____ תאריך

_____ מספר ת.ז.

_____ שם ושם משפחה

כתובות – אגף ההיתרים – ענף סיעוד:

ירושלים - רח' אגריפס 42, קומה 5, בניין כ"ה, ת.ד. 28346.
ת"א - רח' מנחם בגין 125 קומה 2, ת.ד. 7105, תל אביב 61070.
צפון - רח' פל ים 7, בניין צים, ת.ד. 109, חיפה, מיקוד 31003.
דרום - רח' אלומות 12, בניין משובית, קומה ב', א.ת. עומר.
מס' טלפון ארצי: 1-700-707-147



טופס ב'

התחייבות מעסיק

אם יותר לי להעסיק עובד זר בהתאם לבקשתי המצ'ב, אני מתחייב להעסיק את העובד הזר בשכר חודשי שלא ייפול משכר המינימום החוקי ובמשרה מלאה לפחות ואך ורק במתן טיפול סיעודי עבורי/עבור המטופל שפרטיו רשומים בסעיף (1) בטופס הבקשה להיתר (להלן: המטופל). ידוע לי כי חל איסור להעביר או לנייד את העובד הזר לעבודה אצל אדם אחר וזאת גם אם יבקש זאת העובד וגם אם יקבל על כך תשלום נוסף. כן ידוע לי כי עלי לספק לעובד הזר מגורים הולמים בבית המטופל.

אני מתחייב כי אם יותר לי להעסיק עובד זר אסדיר רישום עבורי/עבור המטופל וכן עבור העובד הזר שאעסיק אצל לשכה פרטית מורשית ואקבל מכתב השמה מהלשכה הפרטית המאשר את הרישום קודם תחילת העסקת העובד הזר על פי ההיתר. ידוע לי כי העסקת עובד זר לסיעוד ללא רישום אצל לשכה פרטית מורשית מהווה הפרה של תנאי ההיתר.

אני מתחייב להודיעכם מיד על הפסקת הצורך בטיפול מכל סיבה שהיא לרבות הטבה במצב הרפואי שלי/של המטופל.

ידוע לי כי מטופל המתגורר במסגרת מוסדית/טיפולית (מלבד דיור מוגן) אינו זכאי להיתר להעסיק עובד זר, וכי אם אעבור/יעבור המטופל לשהות במסגרת מוסדית כלשהי (בית אבות, בית חולים שיקומי וכיוצ'ב, למעט דיור מוגן) ההיתר שינתן יפקע. אני מתחייב להודיעכם מיד עם העברתי/העברת המטופל למסגרת מוסדית כאמור.

אני מצהיר כי ידוע לי כי כל תנאי ההעסקה החלים לגבי עובדים ישראלים חלים גם לגבי עובדים זרים, ובכלל זה חובות בדבר תשלום דמי הבראה, מתן חופשות בתשלום, מתן מנוחה שבועית כדין, תשלום פנסיה ופיצויי פיטורים, הסדרת ביטוח לאומי ותשלום שכר מינימום.

בנוסף, ידוע לי כי מלבד החובות דלעיל חלות על מעסיק של עובד זר חובות כלפי העובד לפי חוק עובדים זרים, התשנ"א-1991, ובכלל זה מתן לעובד חוזה עבודה מפורט, כתוב וחתום, בשפתו, והסדרת ביטוח רפואי ומגורים הולמים עבור העובד על חשבוני בכפוף לניכויים המותרים משכר העובד על פי דין. אם יינתן לי/למטופל היתר להעסיק עובד זר, אני מתחייב לקיים את כל מחויבותי כמעסיק כדין. ידוע לי כי אי קיום חובה מהותית החלה עלי כלפי העובד הזר יביא לביטול ההיתר.

אני מתחייב לשתף פעולה עם כל מפקח מטעם הרשויות המוסמכות שיבקש לוודא קיום הוראות הדין כלפי העובד הזר, ובכלל זה למסור לו כל מסמך שיידרש על ידו ולאפשר לו לשוחח עם העובד ביחידות.

ידוע לי כי תוקף ההיתר שינתן לי/למטופל יפקע אם יתברר כי ההצהרות דלעיל אינן נכונות בשלמותן או אם לא יקוימו על ידי אחת מההתחייבויות דלעיל.

ידוע לי כי ניווד של העובד הזר ו/או העסקתו שלא במתן טיפול סיעודי למטופל מהווים הפרה של תנאי ההיתר ויביאו לביטול ההיתר.

אני מתחייב לשלם את שכר העובד הזר שיועסק על ידי מידי חודש לחשבון בנק בישראל על שם העובד בלבד, שאין לצד שלישי מלבד קרוב משפחה מדרגה ראשונה של העובד הזר זכות או הרשאה לפעול בו. כן אני מתחייב לשמור את האסמכתאות להפקדת השכר בחשבון הבנק ולהציגם לרשויות הפיקוח בהתאם לדרישתן.

שם פרטי ומשפחה	מס' תעודת זהות	חתימת המטופל/המעסיק	תאריך
----------------	----------------	---------------------	-------

כתובות – אגף היתרים – ענף סיעוד:

ירושלים - רח' אגריפס 42, קומה 5, בניין כ"ה, ת.ד. 28346.
ת"א - רח' מנחם בגין 125 קומה 2, ת.ד. 7105, תל אביב 61070.
צפון - רח' פל ים 7, בניין צים, ת.ד. 109, חיפה, מיקוד 31003.
דרום - רח' אלומות 12, בניין משובית, קומה ב', א.ת. עומר.
מס' טלפון ארצי: 1-700-707-147



הצהרת ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ* _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____ מס' תעודת זהות _____

*** יש למלא את פרטי המטופל/ת הסיעודי**

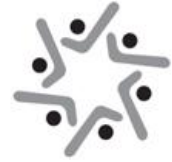
מצהיר בזאת על הסכמתי כדלהלן:

1. אני מסכים/ה לכך שמידע מפורט ומלא אודות מצב בריאותי וליקויי הגופניים בעבר ובהווה, הקיים לגבי בקופות החולים ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או במוסד רפואי ו/או רשויות הרווחה או לשכות פרטיות מורשות או גוף אחר, יימסר לרשות האוכלוסין וההגירה או למי מטעמה.
2. אני מסכים כי לשכה פרטית כהגדרתה בסעיף 65 לחוק שירות התעסוקה, התשי"ט-1959, תעביר לרשות האוכלוסין וההגירה כל דו"ח או חו"ד סוציאליים או מידע אחר שהגיע אליה במסגרת מילוי מחויבויותיה לפי נוהל לשכות פרטיות להבאה, תיווך וטיפול בעובדים זרים בענף הסיעוד, וכי מידע אודות הטיפול בבקשתי להיתר, מתן היתר ו/או ביטול היתר ו/או התנייה או סיוג היתר יימסר על ידי רשות האוכלוסין וההגירה ללשכה פרטית במידת הצורך.
3. הסכמתי זו באה לאפשר לרשות האוכלוסין וההגירה או לגורם מטעמה לשקול את מידת תפקודי והזדקקותי לסיוע של עובד זר למתן טיפול סיעודי ו/או לדון או להחליט בכל בקשה שתוגש על ידי בקשר להיתר או לאשרה או רישיון עבודה לעובד זר לסיעוד, וכן לצורך פיקוח ווידוא לגבי מילוי אחר תנאי היתר שינתן לי להעסיק עובד זר אם יינתן לי היתר כאמור.
4. אני מסכים למסור כל מידע שידרש ממני על ידי רשות האוכלוסין וההגירה או מי מטעמה לצורך קבלת החלטה בבקשתי למתן היתר להעסקת עובד זר ו/או בכל בקשה עתידית בקשר להיתר ו/או לאשרה או רישיון ישיבה לעובד סיעוד, וכן לשתף פעולה עם כל פיקוח מטעם הרשויות בעניין קיום תנאי ההיתר אם יינתן.

ולראיה באתי על החתום

חתימת המטופל או האפוטרופוס החוקי

תאריך



טופס ד' - קטינים

נספח לבקשה לקבלת היתר להעסיק עובד זר בטיפול סיעודי בקטין (לחתימת ההורה) - תצהיר

אני הח"מ _____ ת"ז _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי לומר את האמת וכי אהיה צפויה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהירה בזאת כדלקמן:

1. הנני הורה של _____ ת.ז. _____ (להלן: הקטין) שבגינו הוגשה הבקשה להעסיק עובד זר, והנני נותן תצהיר זה בתמיכה לבקשה האמורה.

2. הקטין מתגורר בביתי בכתובת _____ ואינו מתגורר במסגרת מוסדית, שיקומית או בפנימייה.

3. הקטין מבקר בבית ספר/גן ששמו _____ (להלן: בית הספר) בכתובת: _____ מספר טלפון: _____ שם מנהל ביה"ס: _____ ושעות הלימוד הרגילות של הקטין בבית הספר הם כלהלן: _____.

4. על אף הימצאותו של הקטין בבית הספר כמפורט בסעיף לעיל 3, יש צורך בהעסקת עובד זר לשם טיפול בקטין מסיבה חריגה כמפורט להלן:

_____, מצ"ב מסמכים התומכים בבקשתי.

5. ידוע לי כי אם יותר לי להעסיק עובד זר לטיפול בקטין, יהא עלי לשכן את העובד הזר במגורים הולמים בביתי, להעסיק את העובד הזר בטיפול בקטין במשרה מלאה לפחות, לשלם לעובד הזר את שכר המינימום החודשי לפי חוק לפחות, ויחול עלי איסור חמור להעסיק את העובד הזר במשרה חלקית או לפי שעות או להעבירו לעבוד אצל אדם אחר.

6. הנני מתחייב לדווח לכם תוך 7 ימים על כל שינוי שיחול בפרטים דלעיל.

חתימת המצהיר

הנני מאשר בזה כי ביום _____ הופיע בפני עורך דין _____ במשרדי ברח' _____ מר/גב' _____ שזיהה עצמו על ידי תעודת זהות מס' _____ ולאחר שהוזהרתי כי עליו להצהיר את האמת וכי יהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה כן, אישר את נכונות ההצהרה הנ"ל וחתם עליה בפני.

חתימת עורך דין

חותמת

כתובות – אגף היתרים – ענף סיעוד:

ירושלים - רח' אגריפס 42, קומה 5, בניין כ"ה, ת.ד. 28346.
ת"א - רח' מנחם בגין 125 קומה 2, ת.ד. 7105, תל אביב 61070.
צפון - רח' פל ים 7, בניין צים, ת.ד. 109, חיפה, מיקוד 31003.
דרום - רח' אלומות 12, בניין משובית, קומה ב', א.ת. עומר.
מס' טלפון ארצי: 1-700-707-147



טופס בקשה למטופל העומד להשתחרר מבית חולים/מוסד סיעודי

על פי חלק ג' סעיף 1.1 ד לקריטריונים למתן היתר להעסיק עובד זר בענף הסיעוד

א. בקשה זו מוגשת לצורך קבלת היתר להעסקת עובד זר עבור מר/ גב' _____ ת.ז. _____ (להלן: הח"מ/ המטופל) העומד/ת להשתחרר ממוסד סיעודי/בית חולים.

ב. על פי חוות דעת הרופא המטפל במוסד הסיעודי/ בית החולים, ד"ר _____ מספר רישיון _____ הח"מ/ המטופל ישתחרר מהמוסד הסיעודי/ בית החולים _____ ביום _____ וזקוק להסדרת רצף טיפול סיעודי במשך רוב שעות היום כתנאי לשחרורו.

ג. ידוע לי ואני מבין כי חל איסור להעסיק עובד זר בעת שהות המטופל במוסד סיעודי או בבית חולים וכי אם יינתן היתר על פי בקשה זו, יהא ניתן להעסיק את העובד הזר רק לאחר השחרור בפועל מבית החולים.

ד. ידוע לי כי אם יינתן היתר לפי הבקשה הוא יינתן לתקופה של 3 חודשים בלבד ויוגבל להעסקת עובד זר הנמצא כבר בישראל, כך שלא יהא ניתן להביא עובד זר מחו"ל לצורך מימוש ההיתר. כן ידוע לי כי לצורך הארכת תוקף ההיתר יהא עלי לעמוד בנהלים הרגילים למתן היתר להעסקת עובד זר בענף הסיעוד כמפורט בדברי ההסבר לטופס הבקשה ובקריטריונים למתן היתר בענף הסיעוד המפורסמים באתר האינטרנט www.piba.gov.il

חתימת המטופל או האפוטרופוס החוקי

תאריך