



המוסד לביטוח לאומי  
אגף סיעוד

שד' ויצמן 13  
ירושלים 91909  
פקס. 02-6463084  
טלפון 02-6709722

אגרת מס' 204

י"ד חשון, תש"ע  
1 נובמבר, 2009

אל: נותני השירותים - לטיפול אישי בבית

**הנדון: תוספת שעות טיפול בבית, לזקן הזכאי להעסיק עובד זר - אך אינו מעסיקן**  
הודעת הערכות

ביום 25.7.09 פורסם ברשומות חוק ההתייעלות הכלכלית התשס"ט 2009 במסגרתו תוקן חוק הביטוח הלאומי. תיקון החוק מחליף את הוראות ההסכם בין האוצר לביטוח לאומי בדבר תוספת שעות מיוחדת לזקן ובא במקומו.

עם תחילת יישום החוק, התברר כי מי שיש לו גמלה מופחתת ומקבל מחצית משעות הטיפול, זכאי ל**מחצית** משעות התוספת.

לפיכך, החל בימים הקרובים (תאריך מדוייק יפורסם) תינתן התוספת על-פי ההסכם, כדלקמן:

1. לזקן שיש לו זכאות בשיעור 150% – 3 שעות שבועיות.
  2. לזקן שיש לו זכאות מופחתת בשיעור 75% - 1.5 שעות שבועיות.
  3. לזקן שיש לו זכאות בשיעור 168% – 4 שעות שבועיות.
  4. לזקן שיש לו זכאות מופחתת בשיעור 84% – 2 שעות שבועיות.
- להלן שעות הטיפול המרביות להן זכאי הזקן, בכל אחת מרמות הזכאות המזכות בהעסקת עובד זר (בתנאי שהזקן מקבל את כל שעות הטיפול המגיעות לו כטיפול אישי בבית):

שיעור הזכאות	150%	168%	75%	84%
שעות עם התוספת	19	22	9.5	11

## הזכאים לתוספת:

זקן שאין בידו היתר להעסקת עובד זר ואינו מעסיק עובד זר, וכן זקן שההיתר שבידו הותלה (הוקפא).

זקן שיש בידו היתר להעסקת עובד זר אך אינו מעסיק בפועל עובד זר, המבקש לקבל את התוספת - יפנה בבקשה להקפאת ההיתר לרשות האוכלוסין וההגירה במשרד הפנים.

מצ"ב דוגמת בקשה לזקן חדש להקפאת ההיתר ודוגמה של בקשה לביטול ההקפאה.

הנכם מתבקשים להיערך לשינוי תכניות הטיפול של הזקנים בהתאם, כך שזקנים שזכאותם מופחתת יקבלו את השעות המתאימות על פי החוק. (זכאים המקבלים שירותי טיפול אישי בבית משני נותני שירותים יתבקשו להחליט אצל מי מנותני השירות תבוצע הפחתה).

הודעה על מועד תחילת העבודה עם שיעורי תוספת מופחתים (לבעלי גמלה מופחתת) תועבר לנותני השירותים בהקדם.

כל נותן שירות יקבל פוליסה מהמחשב, ובה יצינו שעות הטיפול שיש לתת כתוספת, לזקן הזכאי לכך.

בינתיים ועד להודעה הנ"ל, יקבלו הזקנים (לגביהם יש לבצע הפחתה) את שעות התוספת כפי שקיבלו עד היום, ונותני השירותים מתבקשים - כאמור- להיערך מבעוד מועד לשינוי תכניות הטיפול של זקנים אלה.

בכבוד רב,



ארנה זמיר  
מנהלת אגף סיעוד

העתק: גב' אילנה שרייבמן – סמנכ"ל גימלאות, המוסד לביטוח לאומי  
גב' כלנית קיי – ראש אגף סיעוד בקהילה, שירותי בריאות כללית  
גב' מרים בר גיורא – מנהלת השירות לזקן, משרד הרווחה  
מר שאול צור – מפקח ארצי בקהילה, משרד הרווחה  
גב' רבקה רוזנברג – מנהלת תחום סיעוד, המוסד לביטוח לאומי  
חברי ועדות מקומיות



לכבוד

יחידת הסמך לעובדים זרים – ענף סיעוד  
מגדל העיר, בן יהודה 34, קומה 13, ירושלים  
מספר פקס: 02-6229866  
טלפון לבריורים: 1-700-707-147

א.ג.ג.

### **בקשה להקפאת (התליית) היתר להעסיק עובד זר בענף הסיעוד**

אני הח"מ \_\_\_\_\_, ת"ז מספר \_\_\_\_\_, רחוב ומס' \_\_\_\_\_,  
עיר \_\_\_\_\_, מיקוד \_\_\_\_\_, מס' טלפון: \_\_\_\_\_, מס' \_\_\_\_\_,  
טלפון נייד: \_\_\_\_\_, מודיע כלהלן:

- א. ברשותי היתר להעסיק עובד זר בסיעוד לפי סעיף 1ג' לחוק עובדים זרים, תשנ"א-1991 (להלן: ההיתר), אולם בפועל, אינני מעסיק עובד זר.
- ב. אבקש לרשום הערה על הקפאת (התליית) ההיתר שברשותי.
- ג. ידוע לי כי תוספת שעות טיפול שבועיות על פי חוק הביטוח הלאומי, ניתנת רק לזכאי שהגיש בקשה להקפאת (התליית) ההיתר להעסיק עובד זר בענף הסיעוד.
- ד. ידוע לי כי כל עוד הקפאת (התליית) ההיתר בתוקף, אינני רשאי להעסיק עובד זר והנני מתחייב כי לא אעסיק עובד זר במשך תקופה זו.
- ה. ידוע לי גם בתקופת ההקפאה, ההיתר ימשיך לעמוד בתוקף למשך תקופתו, בכפוף לתנאיו, ואהיה רשאי לבקש לבטל את ההקפאה על ידי הגשת טופס "בקשה לביטול הקפאת (התליית) היתר להעסיק עובד זר".
- ו. הנני מסכים כי תעבירו את המידע אודות הקפאת (התליית) ההיתר למוסד לביטוח לאומי, למשרדי מנהל האוכלוסין ומדורי התשלומים.
- ז. ידוע לי כי לא אהיה זכאי להחזר אגרת בקשה בעקבות הקפאת ההיתר לפי הודעתי זו.
- ח. כן ידוע לי כי אם תוקף ההיתר יפוג במהלך תקופת ההקפאה, וארצה להאריך את תוקפו, יהא עלי להגיש בקשה להארכת תוקף ההיתר בהתאם לנהלים הרגילים, תוך תשלום אגרת בקשה כדין.
- ט. ידוע לי כי חל איסור להעסיק עובד זר בתקופת הקפאת ההיתר ואם ימצא כי העסקתי עובד זר בניגוד להודעתי הנ"ל יישקל ביטול ההיתר לאחר שימוע כדין, וזאת בנוסף לכל תרופה אחרת לפי כל דין.

תאריך

חתימת בעל ההיתר או קרוב משפחה מדרגה ראשונה



### בקשה לביטול הקפאת (התליית) היתר להעסיק עובד זר

אני הח"מ \_\_\_\_\_, ת"ז מספר \_\_\_\_\_, רחוב ומס' \_\_\_\_\_,  
עיר \_\_\_\_\_, מיקוד \_\_\_\_\_, מס' טלפון: \_\_\_\_\_,  
מס' טלפון נייד: \_\_\_\_\_

- א. בהמשך להודעתי אצלכם להקפאת ההיתר שניתן לי להעסיק עובד זר בסיעוד, אבקש לבטל את הקפאת ההיתר האמור על מנת שאוכל להעסיק עובד זר.
- ב. ידוע לי כי מידע על הודעתי זו יועבר למוסד לביטוח לאומי, ולא אהיה זכאי לתוספת גמלת סיעוד לפי חוק הביטוח הלאומי.
- ג. ידוע לי כי הודעתי זו תיכנס לתוקף מיום קבלת אישור הממונה בכתב.
- ד. ידוע לי כי ביטול הקפאת ההיתר אפשרי רק אם ההיתר המקורי שניתן לי עדיין בתוקף. אם פג תוקף ההיתר, אקבל הודעה מהממונה כי עלי לבקש להאריך את תוקף ההיתר בהתאם לנהלים הרגילים של יחידת הסמך ענף הסיעוד.
- ה. הנני מאשר כי אינני מתגורר במוסד סיעודי (בית אבות, מרכז שיקום או בית חולים, מלבד דיור מוגן או אשפוז יום).

תאריך

חתימת בעל ההיתר או קרוב משפחה מדרגה ראשונה