



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות כללית

חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג		דפים		המסמך		מספר		מספר	

אישור על העסקת עובד  
ושכר עבודה

פרטי המעסיק

שם המעסיק		מספר תיק ניכויים / מס' ת.ז.	
מספר טלפון	מספר פקס	דואר אלקטרוני	

פרטי העובד השכיר

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
----------	---------	------------------

העובד הועסק מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_ הסיבה לפסקת העבודה: \_\_\_\_\_

פרש מהעבודה סופית בתאריך \_\_\_\_\_  ממשיך לעבוד: חלקיות משרה \_\_\_\_\_

יתרת ימי מחלה שלא נוצלו \_\_\_\_\_

ימי המחלה נוצלו במלואם בתאריך \_\_\_\_\_

תשלומים אחרים

1. האם שולמו (למעט דמי מחלה) תשלומים כלשהם מיום הפסקת העבודה בפועל ועד ליום הפרישה (עד ניתוק יחסי עובד-מעביד)  לא  כן

2. האם מבוטח לעניין אי כושר עבודה בחברת ביטוח?  לא  כן, שם החברה \_\_\_\_\_ החל מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ מהות התשלום: \_\_\_\_\_

**פרטים על העבודה והשכר**

יש למלא פרטים על עבודת השכיר ועל השכר ב-15 החדשים האחרונים או לחדשים שקמו למועד הפסקת העבודה, כולל חודש עבודה אחרון.  
אין לכלול רכיבי שכר שאינם חייבים בדמי ביטוח לאומי ואין לכלול תשלומים שניתנו לעובד אחרי ניתוק יחסי עובד-מעביד

בחודש/בשנה	השכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לאומי בש"ח	סכום דמי מחלה ששולמו	תוספות שנכללו בשכר (הבראה, ביגוד וכד')		
			סכום	סיבה	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

**הערות:**

**הצהרה**

אני החתום מטה מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתו של העובד

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת ממלא הטופס ותפקידו \* \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת המעסיק/העסק \* \_\_\_\_\_