



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
אגף שיקום - עזרת הזולת

| | | | | | |
|--|----------|--|-----|------|------------------------------------|
| <table border="1"> <tr> <td>מס' זהות</td> <td></td> </tr> <tr> <td>סוג</td> <td>דפים</td> </tr> </table> | מס' זהות | | סוג | דפים | לשימוש פנימי בלבד (סריקה) |
| מס' זהות | | | | | |
| סוג | דפים | | | | |

חותמת קבלה

הנדון: העסקת מטפל למשפחות נפגעי איבה - הבטחת זכויות סוציאליות

אני החתום מטה:

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

מבקש לקבל, לפי בחירתי, את הסיוע לעזרה לזולת עקב מצב בריאות בהטבה בנוסף לתגמול, כאשר ידוע לי כי על פי ההוראות, הכלל הוא, כי העזרה לזולת ניתנת באמצעות חברות סיעוד.

ידוע לי שאני מעסיק מטפל/ת וכי נושא במלוא האחריות כמעסיק כחוק בכל הקשור ליחסי עובד מעביד.

במסגרת זו, אני דואג לזכויותיו של המטפל ולביטוחו במוסד לביטוח לאומי ולשלם לו בעבור מלוא הזכויות הסוציאליות (דמי ביטוח לאומי וביטוח בריאות, חופשה, קצובת הבראה, מחלה, פיצויים וכדו') המגיעות לו כחוק.

תשלום הסיוע לעזרה לזולת בהטבה בנוסף לתגמול, נועד במלואו למטרה זו בלבד.

_____ תאריך
_____ חתימה

לשימוש פקיד שיקום

למסירה למבקש שאושר לו סיוע כהטבה לעזרת הזולת בתוספת לתגמול (רק למעסיק של עובד/ת מקומית)

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
אגף שיקום

בהמשך להצהרתי על שמירת זכויות המטפל המועסק על ידי (כאמור בסעיף 7 בטופס הבקשה), אני החתום מטה מצהיר בזה:

1. אני מעסיק מטפל בביתי.

2. המטפל מועסק על ידי החל מתאריך _____.

3. המטפל מועסק _____ פעמים בשבוע למשך _____ שעות ביום.

4. שכר המטפל הינו _____ ₪ לחודש/לשעה (מחק את המיותר).

5. שם המטפל _____ תעודת זהות _____.

6. המטפל אינו בן משפחה מדרגה ראשונה.

_____ שם הזכאי / בא כוח
_____ חתימה
_____ תאריך

נא החזר טופס זה לעובד השיקום לאחר מילוי כל הפרטים וחתימה.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד