



**הוראות להגשון בקשה להיתר להעסיק עובד זר במתן טיפול סיעודי**

**1. מי זכאי להיתר להעסיק עובד זר בענף סיעודי:**

מטופל שלא שוהה במסגרת מוסדית (מעט בדיור מוגן), הזקוק למטפל סיעודי שיועסק במשרה מלאה לפחות, ויכל לקבץ היתר להעסיק עובד זר אם הוא עונה על התנאים שלהלן המתייחסים לקבוצת גילו:

**א. תנאי זכאות למטופל שהגיע לגיל 70 ורישה:**

מטופל שהגיע לגיל הפרישה יהיה זכאי להעסיק עובד זר אם צבר 4.5 נקודות ADL, או 4 נקודות ADL בתוספת ניקוד בודד, במבחן תלת שנים במסגרת תביעה לגמלת סיעוד שהוגשה למוסד לביטוח לאומי על פי וזחלטת ועדת יור של המוסד לביטוח לאומי המאשרת זכאות בשיעורים 168% ו-150% או 84% ו-75% (מפחתי עקב הכנסות) לגמלת סיעוד גם ללא מבחן תלות. ההיתר ינתן 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 בכסגרת 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 תקוף היתר קיים** (לנועט היתר לצורך טיפול בקטין) – היתרים שניתנו בעבר על סמך החלטת ועדה רפואית מטעם שירותי התעסוקה, לפיה למטופל נכות צמיתה, וכן היתרים שניתנו בעבר למי שהיום הוא קשיש נגיל 85 ומעלה, יוארכו ללא צורך בדיון נוסף, כל עוד לא השתנו נסיבותיהם של מופלים אלו (כגון: מעבר למגורים במסגרת מוסד).

**ב. תנאי זכאות למטופל זגיל 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 "יחדשו דיון" בעניינו במוסד לביטוח לאומי לצורך הבקשה להיתר להעסיק עובד זר).

**ג. תנאי זכאות לקטין:**

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

1. הימצאותו של הילד במסגרת לימודית בליווי של מטפל לצורך מתן עזרה פיזית לילד.
  2. הילד זקוק לליווי וז השגחה במגן רוב שעות היום מחמת נכותו, ונבצר מאותו ילד להשתתף במסגרת לימודית/טינואלית.
  3. מתקיימות נסיבות רפואיות מיוז דות אחרות המצריכות טיפול יומיומי, צמוד וממושך בילד במשך השעות בהם הוא נמצא בבית (כגון: הצורך בטיפול מיוחד בילד גם בשעות הלילה).
- בקשות להארכת היתר קיים לצורך טיאל בקטין** – בקשות להארכת היתרים שניתנו בעבר לצורך טיפול בילד נכה יוארכו ללא צורך בבדיקות נוספות בהתקיים שני תנאים מצטברים דלהלן:
- הילד זכאי לזל מלת ילד נכה כשיער של 100% לפחות.
  - לבקשה צורך תצהיר לפיו ילד 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 כה עבודה ברמה של "סיעה מרובה" (בעבר: תלוי בזולת) או "תלוי בזולת" (בעבר: סינדתי).



2. כיצד יש להגיש בקשה לוועסקת עובד זר?!

א. **יש למלא את שלושת הספסים המורכבים:**

- טופס א- בקשה לקביעת היתר להעסקת עובד זר או להארכת היתר קיים.
- טופס ב- התחייבות כעסיק.
- טופס ג' - הצהרת ויתור על סודיות ופואית.

ב. **יש לצרף לכל בקשה: נת המסמכים הבאים:**

- אישור על תשלום אגרה בקשה מופחות בסך 290ש"ח. 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 אפטרופוסות.

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

- **קטין** - יש לצרף אישור מנהל בייסיץ' בו רשום הילד לגבי השעות הרגילות בהן הילד נמצא בבית/סניף, חו"ד רמאות מעודכנת אהרוא המקצועי המטפל בילד וחוו"ד רשויות הרווחה התומכות בסביבת הבקשו; לפי סעיף 11 הני"ל ותצהיר (טופס ד'), חתום בפני עו"ד וכן את הדוח הרפואי שמערך במוסד לב טוח לאומי בנוהלך התביעה לגמלת ילד נכה.
- **חולה העומד להשתחרר מביט החולי c** - יש לצרף טופס בקשה למטופל העומד להשתחרר מביט חולים/מוסד סיעודי (טופס ה').
- **נכה עבודה, נכה איבה, נכה צה"ל** - יש לצרף אישור על זכאות.
- **קישו שאינו זכאי לגוללת סיעוד מוגזת גובה הכנסותו** - יש לצרף "טופס בקשה לביצוע מבחן תלות" המופיע באתר האינטרנט של רשות.
- **יש לשלם אגרת בקשה מלאה בסך 570 ש"ח**. תשלום האגרה יתבצע באמצעות שני שוברים הראשון - שובר תשלום בסך 290 ש"ח עבור אגרת הבקשה המופחתת, השני - שובר תשלום בסך 280 ש"ח עבור השלמת אגרת בקשה - מבחן תלות. יש לצרף לבקשה את שני האישורים המלמדים על תשלום אגרת הנקשה המלאה ניתן לבצע את התשלום גם באמצעות אתר האינטרנט: [www.piba.gov.il](http://www.piba.gov.il). (הסכומים בקעיף זה מעודכנים ליום 1.1.2011 ומתעדנים ב-1.1 של כל שנה בהתאם לשיעור עליית המדד).
- יש לשלוח את הבקשה על צירופיה לאגף היתרים - ענף הסיעוד לאחת מהכתובות הרשומות בתחתית הדף. **ל- ניתן לשלוח בקשות באמצעות פקס. יש לשלוח אישורים מקוריים/מופזים: יל ידי עו"ד או ד"ר/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, ואו אשר לא מלאה כנדרש, ואו שלא הושלמו בה כל המסמכים הנדרשים תוחזר לשולח.

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

להלן מקרים נוספים בהם ניתן להגיש בקשה להעסקת עובד זר:

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

כתובות - א' היתרים - ענף סיעוד:

ירושלים - רח' א.ריפס 42, קומה 5, בנין כ"ח.

ת"א - רח' דרך שלמה 53, קומה ד', מיקוד.

צפון - רח' פל"מ 7, בנין ת.ד. 109, חיפה, מיקוד 31003.

דרום - רח' אלומות 12, בנין משובית, קומה ב', א.ת. עומר.

מס' טלפון ארצי: 1-700-707-147



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

**3. חולה העומד להשתחרר מבית הווליס:** המציג אבחנה רפואית מטעם רופא בית החולים המציינת את הצורך ברצף טיפולי וכן זאת התאריך המשוער לשחרור החולה מבית החולים. היתר לפי סעיף זה ינתן בכפוף לשיקול הדעה של הוועדה המקצועית המייצעת של אגף היתרים – ענף סיעוד לתקופה של שלושה חודשים בלבד, כאשר לצורך הארכת ההיתר יידרש המבקש לעמוד בנחלים הרגילים. ההיתר שניתן לפי סעיף זה יאפשר העסקת עובד זר הנמצא כדון בישראל בלבד, ולא יאפשר הבאת עובד סח"ל.

**4. קשישים המטופלים ע"י אגף העיקום של משרד הביטחון** (כגון הורים שכולים ואלמנות צה"ל): בקשות אלו יידון על ידי הוועדה המקצועית באגף היתרים עד לקביעת נוהל סופי לנביחן. לבקשות אלו יש לצרף אישור על כך שזמבקש נמצא בטיפול אגף השיקום, ומסמכים המעידים על מצבו הרפואי של המבקש  
**יודגש כי מתן היתר במקרים אלו הינו כפוף לשיקול דעת הגורמים המוסמכים.**

**3. איך תיועד לי החלטת אגף היתרים – ענף סיעוד?!**

החלטת ענף הסיעוד תישלח אליך בדואר. אם הינך זכאי להעסיק עובד זר יהא עליך לפנות לאחת הלשכות הפרטיות המורשות ששמותיך 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 זמאשר את רישום. פרטים בעניין הסדרי הרישום אצל לשכה פרטית וחובות הלשכה ניתן לראות באתר המשרד בכתובת: [www.piba.gov.il](http://www.piba.gov.il)

**4. מה הם חובותיי כלפי העד הזר שיעסיק על ידי?**

עובד זר זכאי לכל תנאי והעסקה להם זכאים עובדים ישראלים, ובכלל זה ליום מנוחה שבועי, ימי חג וחופשות בתשלום, זמי הבראה, וזיכויי פיטורים. בנוסף, יש לספק לעובד תנאים מיוחדים כמפורט בחוק עובדים זרים, ובכלל זה הוזה בכתב בשפתו, מגורים הולמים בביתו של המטופל וביטוח רפואי. מומלץ ליין באתר האינטרנט של משרד התמית בכתובת [www.moit.gov.il](http://www.moit.gov.il), מידע לגבי שיטת ההעסקה החדשה ביועד, "זכותו לעובד הזר" ומידע נוסף ניתן למצוא באתר האינטרנט של רשות האוכלוסין וההגירה בכתובת: [www.piba.gov.il](http://www.piba.gov.il). לא תותר העסקת עובד זר בצורה 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 290 ₪ תוחזר לשולח.  
**טופס א'**

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

יש לסמן "X" במשבצת המתאימה:

בקשה חדשה,  ביקשה 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: והם המטופל יזנו 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, שהיא 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 הזכות (יש לסמן און התשובה הנונה 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 נידות \_\_\_\_\_
- קצבת נכי עבודה \_\_\_\_\_
- קצבת נכי פעולות איבר \_\_\_\_\_

ב.  המטופל הינו גבר או אישה מעל גיל זפרישה, אשר אינו זכאי לקצבת סיעוד מאת המוסד לביטוח לאומי מחמת **זונה הכנסתו**, ולכן הוא מצרף לבקשה זו "טופס בקשה לביצוע מבחן תלות" ואישור על תשום אגרת בקשה מלאה בסך 570 ש"ח באמצעות שני שוברי תשלום כמפורט בדברי ההסבר להלן.



ג. המטופל נמצא בטיפול משודד הביטוחן:

- הורה שכול / אלמנת צ'ז'יל \_\_\_\_\_  
 נכה/ת צ'ז'יל \_\_\_\_\_

4. האם המטופל מתגורר בבית: **אבות/דיוור מוגן/בי"ח שיקומי/מסגרת מוסדית אחרת:**

- לא  
 כן, ציין את שם המוסד וכתובתו: \_\_\_\_\_ (יובהר כי לא ייתן היתר למטופל העושה במסגרת מוסדית-למעט דיוור 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 ליווי למותן עזרה פיזית כתנאי להשתתפותו במסגרת לימודית.  
ב. מחמת נכותו, נבצר מהילד להשתתף במסגרת לימודית/טיפוליית.  
ג. מתקיימות נסיבות רפואיות: מיוחדות המריכות טיפול יומיומי צמוד וממושך בילד בביתו.

6. אם התקשרת עם לשכה ורטיית להבא, 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 לרשויה האוכלוסין וההגירה, אגף היתרים – ענף הסיעוד אם יחול שינוי בפרטים אלו.

שם ושם משפחה	מספר ת.ז.	תאריך	חתימה
--------------	-----------	-------	-------



## סופס'ב'

### התר ייבות מעסיק

אם יותר לי להעסיק עובד זר והתאם לבקשתי המצוייב, אני מתחייב להעסיק את העובד הזר בשכר חדשי שלא יימול משכר המינימום החוקי ובמשרה מלאה לפחות ואך ורק במתן טיפול סיעודי עבורי/עבור המטופל משרטיו רגיזימים בסעיף (ג) בטופס הבקשה להיתר (להלן: המטופל). ידוע לי כי חל איסור להעביר או לנייד את העובד הזר לעבוד; 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 לו עסיק עובד זר אסדירי רישום עבורי/עבור המטופל וכן עבור העובד הזר שאעסיק אצל לשכה פרטית מוושית או שית ואקבל מנתב 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 מוושית מהווה הפרה ש' תנאי ההיתר.

אני מתחייב להדיעכם מיד על הפסקת הצד' בטיפול מכל סיבה שהיא לרבות הטבה במצב הרפואי שלי/של המטופל.

ידוע לי כי מטופל המתגורר במגירת מוסדית/ימולית (מלבד דיור מוגן) אינו זכאי להיתר להעסיק עובד זר, וכי אם אעבור/יעבור המטל מל לשהות בבטורת מוסדית כלשהי (בית אבות, בית חולים שיקומי וכיוצא'ב, למעט דיור מוגן) ההיחר שיתן יפקע. אני מתחייב להודיעכם מיד עם העברתי/העברת המטופל למטורת מוסדית כאמור.

אני מצהיר כי ידוע לי כי כל תנאי ההעסקה הוללים לגבי עובדים ישראליים חלים גם לגבי עובדים זרים, ובכלל זה חובות בדבר תשלום ומי הבראה, כותן חופשות בתשלום, כותן מנוחה שבועית כדון, תשלום פנסיה ומצויי מיטורים, הסדרה ביטוח לאומי ותשלום שכר מינימום.

בנוסף, ידוע לי כי מלבד החובה דלעיל חלות ע' מעסיק של עובד זר חובות כלפי העובד לפי חוק עובדים זרים, התשנ"א-1991, ובכלל זה ז' מתן לעובד רוזה עבודה ממורט, כתוב וחיתום, בשפתו, והסדרת ביטוח רפואי ומגורים הולמים עבור העובד על חשבוני בכמוף לנימויים המותרים משכר העובד על פי דין. אם ייתן לי/למטופל היתר להעסיק עובד זר, אני ותחייב לקיים את כל מחויבותי כמעסיק כדון. ידוע לי כי אי קיום חובה מהותית החלה עלי' כלפי העובד וזר יביא לביטול ההיתר.

אני מתחייב לשתף מעולה עם יל מפקח מטעמו הרשויות המוסמכות שיבקש לוודא קיום הוראות הדין כלפי העובד הזר, ובכלל זה למסד' לו כל מסמך שיידרש על ידו ולאפשר לו לשוחח עם העובד ביחידות.

ידוע לי כי תוקף ההיתר שיתן לי/למטופל יפגע אם יתברר כי ההצהרות דלעיל אינן נכונות בשלמתן או אם לא יקוימו על ידי אחת מהה נחייבויות דלע' ל.

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

אני מתחייב לשלם את שכר העובד הזר שיוענק על ידי מידי חודש לחשבון בנק בישראל על שם העובד בלבד, שאין לצד שלישי מלבד כרוב משפחה מי ירגה ראשונה של העובד הזר זכות או הרשאה לפעול בו. כן אני מתחייב לשמור את האסמך:זאתו להפקדו. השכר בחשבון הבנק ולהציגם לרשויות המיקוח בהתאם לדרישתן.

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

כתובות – א'ף היתרים – ענף סיעוד:  
ירושלים – רח' א' ריפס 42, קומה 5, בניין כ"ח.  
ת"א – רח' דרן שלמה 53, קומה ד', מיקוד .  
צפת – רח' פל'ים 7, בני' צים. ת.ד. 109, חיפה, מיקוד 31003.  
דרוב – רח' אלומות 12, בניין משובית, קומה ב', א.ת. עומר.  
מס' טלפון יוצרי: 1-700-707-147



**טופס ג'**

**הצהרת הית'ר על סדירות רמואלת**

אני החי'מי \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ מס' תעודת זהות \_\_\_\_\_

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

מצהיר בזאת על הסכמתי כדי להלן:

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 פריטוח מורשות או זוף אחר, יימסר לרשות האוכלוסין וההגירה או למי מטעמה.

2. אני מסכים כי לשכה פריטית כהגדרתה בסעיף 65 לחוק שירות התעסוקה, התשי"ט-1959, תעביר לרשות האוכלוסין וההגירה כל ד' ייח או חווי'ד סוציאליים או מידע אחר שהגיע אליה במסגרת מילוי מחויבויות ה לפי נוהל 'שכות פריטיות להבאה, תיווך וטיפול בעובדים זרים בענף הסיעוד, וכי מידע אודות הטיפול בבקשתי להיתר, מתן היתר ו/או ביטל היתר ו/או התניה או סיוג היתר יימנור על ידי רשו: האוכלוסין וההגירה ללשכה פריטית במידת הצורך.

3. הסכמתי זו באה לאפשר לרשות האוכ'וסין וההגירה או לגורם מטעמה לשקול את מידת תפקודי והזדקוטי לסיוע של עובד זר: 'מתן טיפול סיעודי ו/או לדון או להחליט בכל בקשה שתוגש על ידי בקשר להיר'ר או לאשרה או רישיון עבודה לעובד זר לסיעוד, וכן לצורך פיקוח וידוא לגבי מילוי אחר תנאי היתר שיתנן לי להעסיק עובד זר אם יינתן לי היתר כאמור.

4. אני מסכים למסור כל מ'יע שידרש מ'ני על ידי רשות האוכלוסין וההגירה או מי מטעמה לצורך קבלת החלטה בבקשתי למתן היר'ר 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 יי:תן.

ולראיה בארי על החתום

**חתימת המטופל או האפוטרופוס החוקי**

**תאריך**

כתובות: אגף היתרים – ענף סיעוד:  
ירושלים – רח' 4 גריפס 42, קומה 5, בנין כ"ה.  
ת"א – רח' דרי שלמה 53, קומה ד, מיקוד.  
צפון – רח' סלים 7, בנין צים, ת.ד. 109, חיפה, מיקוד 31003.  
דרום – רח' אלומות 2, בנין משוכות, קומה ב, א.ת. עמר.  
מס' טלפון ארצי: 1-700-707-147



**טופס ד' – קטינים**

**נספח לבקשה לקבלת היתר/העסיק עובד ר בטיפול סיעודי בקטין (לחתימת ההורה) - תצהיר**

אני הח"מ \_\_\_\_\_ ת"ו \_\_\_\_\_ לאחר שהוזהרתי כי עלי לומר את האמת וכי אחיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהירה/ה זאת כדלקמן:

1. הנני הורה של \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ (להלן: הקטין) שבנינו הוגשה הבקשה להעסיק עובד זר, והנני נתן תצהיר זה בתמיכה לבקשה האמורה.

2. הקטין מתגורר בביתי ו: כתובת \_\_\_\_\_ 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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

מצי"ב מסמכים התומכים בבקשתי.

5. ידוע לי כי אם יותר לי להעסיק עובד זר לטיפול בקטין, יחא עלי לשכן את העובד הזר במגורים הולמים בביתי, להעסיק או: העובד הזר **בטיפול בקטין במשרה מלאה לפחות**, לשלם לעובד הזר את **ישכר המינימום החדשי** לפי חוק לפחות, ויחול עלי איסור חמור להעסיק את העובד הזר: משרה 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 \_\_\_\_\_ שזיהה עצמו על ידי \_\_\_\_\_ מר/גב' \_\_\_\_\_ ו: לאחר 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**





**טופס בקשה למטופל העומד להשתחרר מבית חולים/מוסד סיעודי**

על חלק ג' סעיף 1.d לקריטריונים למתן היתר להעסיק עובד זר בענף הסיעוד

א. בקשה זו מוגשת לצורך קבלת היתר להעסקת עובד זר עבור מר/ גבי \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ (להלן: הח"מ/ המטופל) העומד/ת

להשתחרר ממוסד סיעודי/בית חולים.

ב. על פי חוות דעת הרואה המטופל במוסד הסיעודי/ בית החולים, די"ר \_\_\_\_\_ מספר

רישיון \_\_\_\_\_ הח"מ. המטופל ישתחרר מהמוסד הסיעודי/ בית החולים

ביום \_\_\_\_\_ וזקוק להסדרת רצף טיפול סיעודי

במשך רוב שעות היוזם כתנאי לשחרור.

ג. ידוע לי ואני מבין כי חל איסור לו עסיק 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. המצא כבר במוראל, 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](http://www.piba.gov.il)

חתימת המטופל או האפוטרופוס החוקי

תאריך