



מס' זהות									
סוג		דפים		המסמך					

לכבוד  
המוסד לביטוח לאומי  
אגף שיקום

**הנדון: העסקת מטפל למשפחות נפגעי איבה - הבטחת זכויות סוציאליות**

אני החתום מטה:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

מבקש/ת 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 מעסיקה/ה מטפלת/ת וכי נושאת/ת במלוא האחריות כמעסיקה/ה כחוק בכל הקשור ליחסי עובד מעביד.

במסגרת זו, אני דואגת/ת לזכויות/יה של המטפלת/ת ולביטוח/ה במוסד לביטוח לאומי ולשלם ל/ה בעבור מלוא הזכויות הסוציאליות (דמי ביטוח לאומי וביטוח בריאות, חופשה, קצובת הבראה, מחלה, פיצויים וכדו') המגיעות ל/ה כחוק.

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

\_\_\_\_\_ תאריך  
\_\_\_\_\_ חתימה

חותמת הסניף ותאריך

**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 מעסיקה/ה מטפלת/ת בביתי.
2. המטפלת/ת מועסקת/ת על ידי החל מתאריך \_\_\_\_\_.
3. המטפלת/ת מועסקת/ת \_\_\_\_\_ פעמים בשבוע למשך \_\_\_\_\_ שעות ביום.
4. שכר המטפלת/ת הינו \_\_\_\_\_ ש"ח לחודש/לשעה (מחק את המיותר).
5. שם המטפלת/ת \_\_\_\_\_ תעודת זהות \_\_\_\_\_.
6. המטפל אינו בן משפחה מדרגה ראשונה.

שם הזכאי / בא כוחו	חתימה	תאריך

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