**לתשומת ליבכם: בקשה שתוגש ללא אישור על תשלום אגרת הבקשה בסך 310 ₪ תוחזר לשולח. י י יש לשלם את האגרה באתר האינטרנט של רשות האוכלוסין וההגירה בכתובת www.piba.gov.il**

**טופס א'**

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

יש לסמן "X" במשבצת המתאימה:

 בקשה חדשה בקשה להארכת היתר

**1. פרטי המטופל:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| שם משפחה  | שם פרטי  | מס' זהות  | שנת לידה  | מצב משפחתי |
|  |  |  |  |  |
| ישוב | רחוב  | מס' בית: |  | טלפון נייד: |
|  |  | מס' דירה: |  |  |
| דוא"ל\*: |  |

**2. פרטי המעסיק: (במקרים בהם המטופל אינו 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,**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| שם משפחה  | שם פרטי  | מס' זהות  | שנת לידה  | זיקה למטופל |
|  |  |  |  |  |
| ישוב | רחוב  | מס' בית: |  | טלפון נייד: |
|  |  | מס' דירה: |  |  |
| דוא"ל\*: |  |

 **רישום כתובת דוא"ל כאמור יהווה הסכמה כי משלוח הודעות / החלטות / דרישות לכתובת זו מהווה המצאה כדין למטופל
 ולבני משפחתו/ אפוטרופסו.**

 **3. פרטי הזכאות (יש לסמן את סוג הזכאות ולמלא את הפרטים החסרים):** א.המטופל נבדק ע"י המוסד לביטוח לאומי ונמצא זכאי לאחת הגמלאות/ הקצבאות להלן:

|  |  |
| --- | --- |
|  | גמלת סיעוד |
|  | קצבת שירותים מיוחדים (שר"מ) |
|  | קצבת ילד נכה |
|  | קצבת ניידות |
|  | קצבת נכי עבודה |
|  | קצבת נכי פעולות איבה |

 ב. המטופל מעל גיל הפרישה, אשר אינו זכאי לקצבת סיעוד מאת המוסד לביטוח לאומי

 **מחמת גובה הכנסתו**, ולכן הוא מצרף לבקשה זו "טופס בקשה לביצוע מבחן תלות"

 ואישור על תשלום אגרת בקשה מלאה בסך 600 ₪ באמצעות שני שוברי תשלום

 כמפורט בנוהל.

**4. המטפל מוכר על ידי משרד הבטחון:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | הורה שכול/ אלמן/ת צה"ל |
|  | נכה/ת צה"ל |

**5. האם המטופל שוהה בבית אבות/ דיור מוגן/ בי"ח שיקומי/ מסגרת מוסדית אחרת?**

|  |  |
| --- | --- |
|  | לא, המטופל מתגורר בביתו. |
|  | כן, ציין את שם המוסד וכתובתו: |  | ( יובהר כי לא |
|  יינתן היתר למטופל השוהה במסגרת מוסדית-למעט דיור מוגן). |

**6. 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 לרשות האוכלוסין וההגירה, אגף ההיתרים – ענף הסיעוד אם יחול שינוי בפרטים אלו. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| שם ושם משפחה |  | מס' זהות |  | תאריך |  | חתימה |  |

**טופס ב'**

 **התחייבות מעסיק**

אם יותר לי להעסיק עובד זר בהתאם לבקשתי המצ"ב, אני מתחייב להעסיק את העובד הזר בשכר חודשי שלא ייפול
משכר המינימום החוקי ובמשרה מלאה לפחות ואך ורק במתן טיפול סיעודי עבורי/עבור המטופל שפרטיו רשומים
בסעיף (1) בטופס הבקשה להיתר (להלן: המטופל). ידוע לי כי חל איסור להעביר או לנייד את העובד הזר לעבודה
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 להעסיק עובד זר אסדיר רישום עבורי/עבור המטופל וכן עבור העובד הזר שאעסיק אצל
לשכה פרטית מורשית ואקבל מכתב 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 מורשית מהווה הפרה של תנאי
ההיתר.

אני מתחייב להודיעכם מיד על הפסקת הצורך בטיפול מכל סיבה שהיא לרבות הטבה במצב הרפואי שלי/של המטופל.

ידוע לי כי מטופל המתגורר במסגרת מוסדית/טיפולית (מלבד דיור מוגן) אינו זכאי להיתר להעסיק עובד זר, וכי אם
אעבור / יעבור המטופל לשהות במסגרת מוסדית כלשהי (בית אבות, בית חולים שיקומי וכיוצ"ב, למעט דיור מוגן)
ההיתר שיינתן יפקע. אני מתחייב להודיעכם מיד עם העברתי / העברת המטופל למסגרת מוסדית כאמור .

אני מצהיר כי ידוע לי כי כל תנאי ההעסקה החלים לגבי עובדים ישראלים חלים גם לגבי עובדים זרים, ובכלל זה
חובות בדבר תשלום דמי הבראה , מתן חופשות בתשלום, מתן מנוחה שבועית כדין, תשלום פנסיה ופיצויי פיטורים,
הסדרת ביטוח לאומי ותשלום שכר מינימום.

בנוסף, ידוע לי כי מלבד החובות דלעיל חלות על מעסיק של עובד זר חובות כלפי העובד לפי חוק עובדים זרים,
התשנ"א- 1991, ובכלל זה מתן לעובד חוזה עבודה מפורט, כתוב וחתום, בשפתו, והסדרת ביטוח רפואי ומגורים
הולמים עבור העובד על חשבוני בכפוף לניכויים המותרים משכר העובד על פי דין. אם יינתן לי/למטופל היתר
להעסיק עובד זר, אני מתחייב לקיים את כל מחויבותי כמעסיק כדין. ידוע לי כי אי קיום חובה מהותית החלה עלי
 כלפי העובד הזר יביא לביטול ההיתר.

אני מתחייב לשתף פעולה עם כל מפקח מטעם הרשויות המוסמכות שיבקש לוודא קיום הוראות הדין כלפי העובד
הזר, ובכלל זה למסור לו כל מסמך שיידרש על ידו ולאפשר לו לשוחח עם העובד ביחידות.

ידוע לי כי תוקף ההיתר שינתן לי / למטופל יפקע אם יתברר כי ההצהרות דלעיל אינן נכונות בשלמותן או אם לא
יקוימו על ידי אחת מההתחייבויות דלעיל.

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

אני מתחייב לשלם את שכר העובד הזר שיועסק על ידי מידי חודש לחשבון בנק בישראל על שם העובד בלבד, שאין
לצד שלישי מלבד קרוב משפחה מדרגה ראשונה של העובד הזר זכות או הרשאה לפעול בו. כן אני מתחייב לשמור את
האסמכתאות להפקדת השכר בחשבון הבנק ולהציגם לרשויות הפיקוח בהתאם לדרישתן.

אני מאשר לשלוח לי ו/או למטופל באמצעות דוא"ל ומסרונים, מידע בעניין בקשתי זו לרבות החלטות, דרישה להמצאת מסמכים וכן כל מידע רלוונטי נוסף.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | **‏14/03/2023** |  |
| **שם פרטי ומשפחה** |  | **מס' זהות** |  | **חתימת המטופל/המעסיק** |  | **תאריך** |  |

**טופס ג'**

**הצהרת ויתור על סודיות**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **שם פרטי**  |  | **שם משפחה** |  | **מס זהות** |

 **פרטי המטופל הסיעודי:**

להלן הצהרת המטופל/ האפוטרופוס החוקי:

1. אני מסכים/ה לכך שמידע מפורט ומלא אודות מצב בריאותי, ליקויי הגופניים בעבר ובהווה, מידע נוסף הקשור
ישירות או בעקיפין לעניין העסקת עובדים זרים בטיפול סיעודי, זכאותי לקצבאות וכן דרגת
 נכותי המוכרת, הקיים לגבי בקופות החולים ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או במוסד רפואי ו/או רשויות הרווחה
 ו/או משרד הביטחון ו/או משטרת ישראל ו/או לשכות פרטיות מורשות או גוף אחר, יימסר לרשות האוכלוסין
 וההגירה או למי מטעמה.
2. אני מסכים כי לשכה פרטית כהגדרתה בסעיף 65 לחוק שירות התעסוקה, התשי"ט-1959, תעביר לרשות האוכלוסין
 וההגירה כל דו"ח או חוו"ד סוציאליים או מידע אחר שהגיע אליה במסגרת מילוי מחויבויותיה לפי נוהל לשכות
 פרטיות להבאה, תיווך וטיפול בעובדים זרים בענף הסיעוד, וכי מידע אודות הטיפול בבקשתי להיתר , מתן היתר
 ו/או ביטול היתר ו/או התנייה או סיוג היתר יימסר על ידי רשות האוכלוסין וההגירה ללשכה פרטית במידת הצורך.
3. הסכמתי זו באה אך ורק על מנת לאפשר לרשות האוכלוסין וההגירה או לגורם מטעמה לשקול את מידת תפקודי והזדקקותי לסיוע של עובד זר למתן טיפול סיעודי ו/או לדון או להחליט בכל בקשה שתוגש על ידי בקשר להיתר
או לאשרה או רישיון עבודה לעובד זר לסיעוד, וכן לצורך פיקוח ווידוא לגבי מילוי אחר תנאי היתר שיינתן לי להעסיק עובד זר אם יינתן לי היתר כאמור.
4. אני מסכים למסור כל מידע שיידרש ממני על ידי רשות האוכלוסין וההגירה או מי מטעמה לצורך קבלת החלטה
בבקשתי למתן היתר להעסקת עובד זר ו/או בכל בקשה עתידית בקשר להיתר ו/או לאשרה או רישיון ישיבה
ועבודה לעובד סיעוד, וכן לשתף פעולה עם כל פיקוח מטעם הרשויות בעניין קיום תנאי ההיתר אם יינתן.

 ולראיה באתי על החתום

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **‏14/03/2023** |  |  |
| **תאריך**  |  | **חתימת המטופל או האפוטרופוס החוקי\*** |

  **\*במידה והחותם הוא האפוטרופוס החוקי יש לצרף את צו האפוטרופסות**

**טופס ד'**

 **נספח לבקשה לקבלת היתר להעסקת עובד זר בטיפול סיעודי במטופל קטין (לחתימת ההורה/
 האפוטרופוס) – הצהרה**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **שם פרטי** | **שם משפחה** | **מס' זהות** |

**פרטי המטופל הקטין:**

 **א.** המטופל הקטין מתגורר בביתי ואינו מתגורר במסגרת מוסדית, שיקומית או בפנימייה.

 **ב.** סמן:

 מחמת נכותו, נבצר מהמטופל הקטין להשתתף במסגרת לימודית/ טיפולית.

 המטופל הקטין מבקר במוסד חינוכי ששמו **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ( להלן: המוסד

 החינוכי) בכתובת: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  מספר טלפון:
 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ושעות הלימוד הרגילות של המטופל הקטין במוסד החינוכי הם כלהלן:
 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** .

 הימצאותו של המטופל הקטין במסגרת לימודית/ טיפולית מותנת בליווי של מטפל לצורך מתן עזרה

 פיזית.

 על אף הימצאותו של המטופל הקטין במוסד חינוכי כמפורט לעיל, יש צורך בהעסקת עובד זר לשם

 טיפול במטופל הקטין מסיבה חריגה כמפורט להלן:
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, מצ"ב מסמכים התומכים בבקשתי.

**ג.** ידוע לי כי אם יותר לי להעסיק עובד זר לטיפול במטופל הקטין, יהא עלי לשכן את העובד הזר במגורים
 הולמים בבית המטופל הקטין, להעסיק את העובד הזר **בטיפול במטופל** **הקטין במשרה מלאה לפחות**, לשלם
 לעובד הזר את **שכר המינימום החודשי** לפי חוק לפחות, ויחול עלי איסור חמור להעסיק את העובד הזר
 במשרה חלקית או לפי שעות או להעבירו לעבוד אצל אדם אחר.

**ד.** הנני מתחייב לדווח לכם תוך 7 ימים על כל שינוי שיחול בפרטים דלעיל.



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **‏14/03/2023** |  |  |
| **תאריך**  |  | **חתימת המטופל או האפוטרופוס החוקי\*** |