



מדינת ישראל
State of Israel

רשות האוכלוסין וההגירה
Population & Immigration Authority
سلطة السكان والهجرة



מינהל עובדים זרים
אגף היתרים – ענף סיעוד

נספח לנוהל 9.2.0002

לתשומת ליבכם: בקשה שתוגש ללא אישור על תשלום אגרת הבקשה בסך 310 ₪ תוחזר לשולח. 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: מס' דירה:	טלפון נייד:
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,

שיהא אחראי להעסקת העובד הזר במתן טיפול סיעודי למטופל).

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

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

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



מדינת ישראל
State of Israel

נספח לנוהל 9.2.0002

רשות האוכלוסין וההגירה
Population & Immigration Authority
سلطة السكان والهجرة



מינהל עובדים זרים
אגף היתרים – ענף סיעוד

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 ש"ח באמצעות שני שוברי תשלום כמפורט בנוהל.

4. המטופל מוכר על ידי משרד הביטחון:

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

ייתכן 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 היתרים – ענף הסיעוד אם יחול שינוי בפרטים אלו.

חתימה

תאריך

מספר זהות

שם ושם משפחה

מרכז שירות ומידע ארצי: *3450

כתובות – אגף ההיתרים – ענף סיעוד: ירושלים - רח' אגריפס 42, קומה 5, בניין כ"ח, ת.ד. 28346. ת"א – רח' מנחם בגין 125 קומה 2, ת.ד. 7105, תל אביב 61070 שפלה - ישראל גלילי 3, ראשון לציון צפון – רח' הרצליה 22, קומה 3, חיפה, מיקוד 3330125. דרום – רח' התקווה 4, קניון קריית הממשלה, בניין 5, קומה 5, ב"ש



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 כדן, 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 כדן. 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 שיינתן לי/ למטופל יפקע אם יתברר כי ההצהרות דלעיל אינן נכונות בשלמותן או אם לא יקוימו על ידי אחת מההתחייבויות דלעיל.

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

תאריך

חתימת המטופל/המעסיק

מס' זהות

שם פרטי ומשפחה

מרכז שירות ומידע ארצי: *3450

כתובות – אגף היתרים – ענף סיעוד:

ירושלים – רח' אגריפס 42, קומה 5, בניין כ"ח, ת.ד. 28346. ת"א – רח' מנחם בגין 125 קומה 2, ת.ד. 7105, תל אביב 61070

שרון – ויצמן 140, קומה 4, כפר סבא

שפלה – ישראל גלילי 3, ראשון לציון

דרום – רח' התקווה 4, קניון קריית הממשלה, בניין 5, קומה 5, ב"ש

צפון – רח' הרצליה 22, קומה 3, חיפה, מיקוד 3330125.



נספח לנוהל 9.2.0002

מינהל עובדים זרים
אגף היתרים – ענף סיעוד

טופס ג'

הצהרת ויתור על סודיות

פרטי המטופל הסיעודי:

מס' זהות

שם משפחה

שם פרטי

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 ישראלים או עובדים זרים בטיפול סיעודי, זכאותי לקצבאות וכן דרגת נכותי המוכרת, הקיים לגביי 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 חו"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

חתימת המטופל או האפוטרופוס החוקי*

תאריך

*במידה והחותם הוא האפוטרופוס החוקי יש לצרף את צו האפוטרופוסות



נספח לנוהל 9.2.0002

מינהל עובדים זרים
אגף היתרים – ענף סיעוד

טופס ד'

נספח לבקשה לקבלת היתר להעסקת עובד זר בטיפול סיעודי במטופל קטין (לחתימת ההורה/

האפוטרופוס) – הצהרה

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 החינוכי 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 החינוכי 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.

חתימת ההורה או האפוטרופוס החוקי

תאריך



טופס ה'

טופס בקשה למטופל העומד להשתחרר מבית חולים/ מסגרת מוסדית

- א. בקשה זו מוגשת לצורך קבלת היתר להעסקת עובד זר עבור מר/ גב' _____ מ"ז: _____ (להלן: המטופל) העומד/ת להשתחרר מבית חולים/ מסגרת מוסדית.
- ב. על פי חוות דעת הרופא המטפל בבית החולים/ במסגרת המוסדית, ד"ר _____ מספר רישיון _____ הח"מ/ המטופל ישוחרר מבית החולים/ המסגרת המוסדית _____ ביום _____ וזקוק להסדרת רצף טיפול סיעודי במשך רוב שעות היום כתנאי לשחרורו.
- ג. ידוע לי ואני מבין כי חל איסור להעסיק עובד זר בעת שהות המטופל בבית חולים/ במסגרת המוסדית וכי אם יינתן היתר על פי בקשה זו, יהא ניתן להעסיק את העובד הזר רק לאחר השחרור בפועל מבית החולים/ מהמסגרת המוסדית.
- ד. ידוע לי כי אם יינתן היתר לפי הבקשה הוא יינתן לתקופה של 3 חודשים לכל היותר. היתר לפי סעיף זה יאפשר העסקת עובד זר הנמצא בישראל בלבד ולא יהא ניתן להביא עובד זר מחו"ל על סמך אותו היתר. לצורך הארכת תוקף היתר זמני זה, יידרש המטופל לעמוד בנהלים הרגילים, ובין היתר לצרף לבקשת הארכת היתר זמני זה, מכתב שחרור מהמסגרת המוסדית בה שהה, לפיו שוחרר לביתו.

חתימת המטופל או המעסיק

תאריך



טופס ו'

תצהיר בדבר העסקת עובדים זרים – בקשה להארכת היתר נוסף

תצהיר זה ימולא בבקשות להארכת היתר להעסקת עובד זר נוסף.

אני הח"מ: _____ מ"ז: _____, לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת, וכי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. אני מצהיר/ה כי אמשיך לקיים את כל ההתחייבויות עליהן חתמתי בהגשת הבקשה לקבלת היתר להעסקת עובד זר, ובכלל זה להעסיק את העובדים הזרים במשרה מלאה במקום מגוריי הקבוע, וכן לדווח דיווחי אמת בלבד לרשויות בקשר לשינוי מקום המגורים ובכלל.
2. אני מתחייב/ת לשלם את שכרם של העובדים הזרים על פי החוק והנהלים.
3. אני מתחייב להעביר את שכרם של העובדים הזרים לחשבונות בנק שנפתחו על שמם של העובדים הזרים בישראל, בהם אין למעסיק או למתווך כוח אדם או מי מטעמם או לכל צד ג' אחר (מלבד קרוב משפחה מדרגה ראשונה של העובד) הרשאה או ייפוי כוח כלשהם.
4. אני מתחייב לשמור את המסמכים המתעדים את הפקדות השכר לחשבונות כאמור, לצורך הצגתם בפני עובדי הפיקוח והאכיפה של הרשויות המוסמכות.
5. הובהר לי כי בידי רשות האוכלוסין וההגירה האפשרות להפעיל אמצעי אכיפה ופיקוח על מנת לוודא את עמידתני בתנאי החוק והנהלים הרלוונטיים.

חתימת המצהיר/ה

אישור

אני הח"מ, עו"ד _____, מאשר/ת בזאת כי ביום _____ הופיע/ה בפניי מר/ גב' _____ הנושא/ת מ"ז: _____, ולאחר שהוזהרתי/ה כי עליו/ה להצהיר את האמת, וכי יהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה כן, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה לעיל וחתמ/ה עליו בפניי.

חתימת עו"ד + חותמת