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/ 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

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. <u>אני מתחייב להודיעכם מיד עם העברתי/ העברת המטופל למסגרת מוסדית כאמור.</u>

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 באופן מלא עם הגורמים המוסמכים ברשות האוכלוסין וההגירה, לרבות עובדי אגף הסיעוד, וכן עם הגורמים המוסמכים במשרד העבודה, ובכלל זה לאפשר להם להיכנס למקום בו מועסק העובד הזר לצורך עריכת ביקורות, לאפשר לשוחח עם העובד הזר ביחידות, להמציא כל מסמך הנוגע להעסקת העובד הזר שיידרש על ידם לצורך הפעלת סמכויותיהם על פי דין, ולהתייצב לחקירה/ לבירור לפי דרישה.

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.

שם פרטי ומשפחה	מס' זהות	חתימת המטופל/המעסיק	תאריך

רשות האוכלוסין וההגירה
Population & Immigration Authority
سلطة السكان والهجرة

מינהל עובדים זרים
אגף סיעוד

מדינת ישראל
State of Israel

טופס ג'

הצהרת ויתור על סודיות

פרטי המטופל הסיעודי: _____ _____ _____

שם פרטי	**שם משפחה**	**מס' זהות**

להלן הצהרת המטופל/ האפוטרופוס החוקי:

1. אני מסכים/ה 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 זר בענף הסיעוד, וכן לשתף פעולה עם כל פיקוח מטעם הרשויות בעניין קיום תנאי ההיתר, אם יינתן.

2. 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 גוף ציבורי אחר, יימסר לרשות האוכלוסין וההגירה או למי מטעמה.

3. אני מסכים/ה 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 התניה או סיוג היתר יימסר על ידי רשות האוכלוסין וההגירה ללשכה פרטית במידת הצורך.

4. 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 העסקה 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.

5. כמו כן, אני מסכים/ה כי רשות האוכלוסין וההגירה, תמסור לקופת החולים בה אני רשום ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או למוסד רפואי ו/או לרשויות הרווחה ו/או למשרד הביטחון ו/או למשטרת ישראל מידע אודות מצבי הרפואי והסוציאלי, וזאת במטרה לאפשר מתן מענה וטיפול מיידי וראוי במצבים רפואיים או סוציאליים שעלולים לפגוע בשלומי ובמצבי הבריאותי. אני מבין/ה כי מסירת מידע כאמור תתבצע רק במקרים שבהם סבורה רשות האוכלוסין וההגירה כי קיים צורך במתן מענה וטיפול מיידי וראוי כאמור.

ולראיה באתי על החתום:

_____ _____

תאריך	**חתימת המטופל או האפוטרופוס החוקי***

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

כתובות – אגף ההיתרים – ענף סיעוד:
ירושלים - רח' אגריפס 42 , קומה 5, בניין כי"ח, ת.ד. 28346
שפלה - ישראל גלילי 3, קומה 2 ראשון לציון
צפון – רח' הרצליה 22 , קומה 3, חיפה, מיקוד 3330125 .

מרכז שירות ומידע ארצי: 3450
ת"א – רח' מנחם בגין 125 קומה 2, ת.ד 7105 , תל אביב 61070
שרון – ויצמן 140 , קומה 4, כפר סבא
דרום – רח' התקווה 4, קריית הממשלה, קומת כניסה, ב"ש