



משרד הבריאות
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

אל: משרד הבריאות - אגף משפחות, הנצחה ומורשת

חובה למלא את השדות המסומנים ב *	
תאריך	
מספר תיק	
מחוז מטפל	

הנדון: הבטחת זכויות סוציאליות

אני החתום מטה

שם פרטי	שם משפחה	מספר תעודת זהות
1. 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.		
2. ידוע לי שאני מעסיק/ה מטפל/ת וכי הנני נושא/ת במלוא האחריות כמעסיק/ה כחוק בכל הקשור ליחסי עובד מעביד.		
3. במסגרת זו, באחריותי לדאוג לזכויותיו/ה של המטפל/ת ולביטוחו/ה במוסד לביטוח לאומי ולשלם לו/ה ובעבורו/ה מלוא הזכויות הסוציאליות (דמי ביטוח לאומי וביטוח בריאות, חופשה, קצובת הבראה, מחלה, פיצויים וכדו') המגיעות לו/ה כחוק.		
4. הנני מצהיר כי תשלום הסיוע שאני מקבל לעזרה לזולת בהטבה בנוסף לתגמול, נועד במלואו למטרה זו בלבד.		

הריני מאשר/ת חתימת המסמך באופן דיגיטלי ☐

תאריך _____

חתימת המבקש

(במקרים בהם הטופס מוגש ידני)