



## הוראות להגשת בקשה להיתר להעסיק עובד זר במתן טיפול סיעודי

### 1. מי זכאי להיתר להעסיק עובד זר בענף הסיעוד?

מטופל שלא שוהה במסגרת מוסדית (למעט בדיור מוגן), הזקוק ל מטפל סיעודי שיועסק במשרה מלאה לפחות, יוכל לקבל היתר להעסיק עובד זר אם הוא עונה על התנאים דלהלן המתייחסים לקבוצת גילו:

#### א. תנאי זכאות למטופל שהגיע לגיל הפרישה:

מטופל שהגיע לגיל הפרישה יהיה זכאי להעסיק עובד זר אם צבר 4.5 נקודות ADL, או 4 נקודות ADL בתוספת ניקוד בודד, במבחן תלות שנעשה במסגרת תביעה לגמלת סיעוד שהוגשה למוסד לביטוח לאומי. (מבחן תלות עבור מטופל בקבוצת הגיל דלעיל, אשר תביעתו לגמלת סיעוד נדחתה על ידי המוסד לביטוח לאומי **מחמת גובה הכנסתו**, יערך באמצעות פניה ישירה ליחידת ההיתרים – ענף הסיעוד במסגרת הבקשה להעסיק עובד זר כמפורט בסעיף 2 להלן, טל' 02-6257634). **מטופל מגיל 90 ומעלה יהא זכאי להיתר העסקה אם צבר 4 נקודות לפחות במבחן תלות.**  
גיל הפרישה לגבר נע בין הגילאים 65-67 וגיל הפרישה לאישה נע בין הגילאים 64-60 בהתאם לחודש הלידה.

#### ב. תנאי זכאות למטופל מגיל 18 ועד גיל הפרישה:

למטופל נקבעה זכאות לקצבת שירותים מיוחדים במוסד לביטוח לאומי (מי שתביעתו לקצבת שירותים מיוחדים נדחתה מחמת גובה הכנסתו או משום שבהר בקצבת ניידות, רשאי לבקש "חידוש דיון" בעניינו במוסד לביטוח לאומי לצורך הבקשה להיתר להעסיק עובד זר).

#### ג. תנאי זכאות לקטין:

הקטין זכאי לקצבת ילד נכה מאת המוסד לביטוח לאומי, ובנוסף, הוכח כי התקיימה לפחות אחת הנסיבות בפסקאות 1-3 להלן:  
1. הימצאותו של הילד במסגרת לימודית מותנית בליווי של מטפל לצורך מתן עזרה פיזית לילד.  
2. הילד זקוק לליווי או השגחה במשך רוב שעות היום מחמת נכותו, ונבצר מאותו ילד להשתתף במסגרת לימודית/טיפולית.  
3. מתקיימות נסיבות רפואיות מיוחדות אחרות המצריכות טיפול יומיומי, צמוד וממושך בילד במשך השעות בהם הוא נמצא בביתו (כגון: הצורך בטיפול מיוחד בילד גם בשעות הלילה).

#### ד. תנאי זכאות לנכי פעולות איבה ונכי צה"ל:

ועדת מלווים במשרד הביטחון, או ענף נכי פעולות איבה במוסד לביטוח לאומי, קבע כי המטופל זכאי ל-17 שעות ליווי ביום לפחות.

#### ה. תנאי זכאות לנכי עבודה:

המטופל מוכר במוסד לביטוח לאומי כנכה עבודה ברמה של "תלוי בזולת" או "סיעודי".

כתובות - ענף סיעוד:

ירושלים - רח' בן יהודה 34 קומה 13 בניין מגדל העיר.

ת"א - רח' דרך שלמה 53, קומה ד', מיקוד .

צפון - רח' פל ים 7, בניין צים, ת.ד. 109, חיפה, מיקוד 31003.

דרום - רח' אלומות 12, בניין משובית, קומה ב', א.ת. עומר.

מס' טלפון ארצי: 1-700-707-147



מדינת ישראל  
State Of Israel



2. כיצד יש להגיש בקשה להעסקת עובד זר ?:

**א. יש למלא את שלושת הטפסים המצורפים:**

- טופס א'- בקשה לקבלת היתר להעסקת עובד זר או להארכת היתר קיים.
- טופס ב'- התחייבות מעסיק.
- טופס ג' - הצהרת ויתור על סודיות רפואית.

**ב. יש לצרף לכל בקשה את המסמכים הבאים:**

- אישור על תשלום אגרת בקשה מופחתת בסך 275₪. בקשה שתוגש ללא אישור על תשלום אגרה תוחזר לשולח.
- צילום ת"ז + ספח של המטופל (ושל "מעסיק", במקרה והמטופל אינו מסו גל למלא את חובותיו כמעסיק של עובד זר).
- אם המטופל חסוי, יש לצרף אישור על אפוטרופסות.

**ג. בנוסף לאמור, ובהתאם לנסיבות הבקשה, יש לצרף מסמכים נוספים כלהלן:**

- קטין**- יש לצרף חוו"ד רפואית מעודכנת מהרופא המקצועי המטפל בילד, חוו"ד רשויות הרווחה, תצהיר (טופס ד') חתום בפני עו"ד וכן את הדוח הרפואי שנערך במוסד לביטוח לאומי במהלך התביעה לגמלת ילד נכה.
- חולה העומד להשתחרר מבית החולים** – יש לצרף טופס בקשה למטופל העומד להשתחרר מבית חולים/מוסד סיעודי (טופס ה').
- נכה עבודה, נכה איבה, נכה צה"ל** – יש לצרף אישור על זכאות.
- קשיש שאינו זכאי לגמלת סיעוד מחמת גובה הכנסתו** – יש לצרף לבקשתך "טופס בקשה לביצוע מבחן תלות" בנוסח המופיע באתר האינטרנט של היחידה.
- יש לשלם **אגרת בקשה מלאה בסך 530₪**. תשלום האגרה יתבצע באמצעות **שני שוברים**. הראשון- שובר תשלום בסך 265₪ עבור אגרת הבקשה המופחתת, השני- שובר תשלום בסך 265₪ עבור השלמת אגרת בקשה –מבחן תלות. יש לצרף לבקשה את שני האישורים המלמדים על תשלום אגרת הבקשה המלאה. ניתן לבצע את התשלום גם באמצעות אתר האינטרנט: [www.moital.gov.il/ovdimzarim](http://www.moital.gov.il/ovdimzarim).
- יש לשלוח את הבקשה על צירופיה ליחידת ההיתרים - ענף הסיעוד ל כתובת: בן יהודה 34, מגדל העיר, קומה 13, ירושלים. **לא ניתן לשלוח בקשות באמצעות פקס. יש לשלוח אישורים מקוריים/מאומתים על ידי עו"ד או רו"ח בלבד.**

**הערה:** יש למלא את כל הפרטים הנדרשים בכתב ברור. הבקשה וההתחייבות יחתמו על ידי המטופל, אך כאשר המטופל אינו מסוגל למלא חובות כמעסיק של עובד זר, בן משפחתו יחתום כ"מעסיק". בקשה שהוגשה ללא אישור על תשלום אגרה, ו/או אשר לא מולאה כנדרש, ו/או שלא הושלמו בה כל המסמכים הנדרשים תוחזר לשולח.

כתובות - ענף סיעוד:

ירושלים - רח' בן יהודה 34 קומה 13 בניין מגדל העיר.

ת"א - רח' דרך שלמה 53, קומה ד', מיקוד.

צפון - רח' פל ים 7, בניין צים, ת.ד. 109, חיפה, מיקוד 31003.

דרום - רח' אלומות 12, בניין משובית, קומה ב', א.ת. עומר.

מס' טלפון ארצי: 1-700-707-147



מדינת ישראל  
State Of Israel



**3. האם ישנם מקרים נוספים בהם ניתן לבקש היתר להעסיק עובד זר במתן טיפול סיעודי?**  
להלן מקרים נוספים בהם ניתן להגיש בקשה להעסיק עובד זר:

- א. מטופל בעל צרכים מיוחדים:** מטופל שצבר בין 2.5 ל-4 נקודות ADL במבחן תלות ובנוסף לכך מתקיימת אצלו אחת הנסיבות המפורטות להלן:
- הוא גר עם נכה נוסף במשפחה.
  - הוא נכה עם פיגור שכלי הגר עם הורה מעל גיל 70.
  - הוא הורה ל-3 ילדים מתחת לגיל 16.
  - הוא חולה במחלה ממארת או מחלה קשה, ודרושה לו השגחה במשך רוב שעות היום.
- בקשה לפי פסקה זו תידון בפני ועדה מקצועית אשר תמליץ בפני הממונה אם בנסיבות העניין יש מקום להתיר העסקת עובד זר (לבקשה לפי סעיף זה חובה לצרף אישורים רפואיים עדכניים על מצבו הרפואי של המטופל והצורך בהשגחה במשך רוב שעות היום).
- ב. חולה העומד להשתחרר מבית החולים:** המציג אבחנה רפואית מטעם רופא בית החולים המציינת את הצורך ברצף טיפולי וכן את התאריך המשוער לשחרור החולה מבית החולי ס. היתר לפי סעיף זה יינתן בכפוף לשיקול הדעת של הוועדה המקצועית המייעצת של יחידת ההיתרים לתקופה של **חצי שנה בלבד**, כאשר לצורך הארכת ההיתר יידרש המבקש לעמוד בנהלים הרגילים. ההיתר שינתן לפי סעיף זה י אפשר העסקת עובד זר הנמצא כדין בישראל בלבד, ולא יאפשר הבאת עובד מחו"ל.

**ג. קשישים המטופלים ע"י אגף השיקום של משרד הביטחון** (כגון הורים שכולים ואלמנות צה"ל): בקשות אלו יידונו על ידי הוועדה המקצועית ביחידת ההיתרים עד לקביעת נוהל סופי לגביהן. לבקשות אלו יש לצרף אישור על כך שהמבקש נמצא בטיפול אגף השיקום, ומסמכים המעידים על מצבו הרפואי של המבקש.

**יודגש כי מתן היתר במקרים אלו הינו בכפוף לשיקול דעת הגורמים המוסמכים.**

**4. איך תיוודע לי החלטת ענף הסיעוד?**

החלטת ענף הסיעוד תישלח אליך בדואר רשום. אם הינך זכאי להעסיק עובד זר יהא עליך לפנות לאחת הלשכות הפרטיות המורשות ששמותיהן מופיעים באתר האינטרנט של המשרד עם אישור היחידה לצורך רישום עובד זר על שמך. אסור להעסיק עובד זר ללא רישום בלשכה פרטית וקבלת מכתב השמה מהלשכה המאשר את הרישום. פרטים בעניין הסדרי הרישום אצל לשכה פרטית וחובות הלשכה ניתן לראות באתר <http://www.moital.gov.il/OvdimZarim>

**5. מה הם חובותי כלפי העובד הזר שיועסק על ידי?**

עובד זר זכאי לכל תנאי ההעסקה להם זכאים עובדים ישראלים, ובכלל זה ליום מנוחה שבועי, ימי חג וחופשות בתשלום, דמי הבראה, ופיצויי פיטורים. בנוסף, יש לספק לעובד תנאים מיוחדים כמפורט ב"חוק עובדים זרים", ובכלל זה חוזה בכתב בשפתו, מגורים הולמים וביטוח רפואי. מומלץ לעיין ב"זכותן לעובד הזר" באתר האינטרנט של המשרד בכתובת הרשומה לעיל.

היתר העסקה ניתן למעסיק שהוכיח צורך בטי פול או בהשגחה במשך רוב שעות היממה. אי לכך, לא תותר העסקת עובד זר במשרה חלקית. מטופל המעסיק עובד זר על פי היתר העסקה חייב להעסיק את העובד הזר בשכר חודשי ו במשרה מלאה לפחות, וכן עליו לספק לעובד מגורים הולמים בביתו של המטופל.

כתובות - ענף סיעוד:

ירושלים - רח' בן יהודה 34 קומה 13 בניין מגדל העיר.

ת"א - רח' דרך שלמה 53, קומה ד', מיקוד .

צפון - רח' פל ים 7, בניין צים, ת.ד. 109, חיפה, מיקוד 31003.

דרום - רח' אלומות 12, בניין משובית, קומה ב', א.ת. עומר.

מס' טלפון ארצי: 1-700-707-147



מדינת ישראל  
State Of Israel



**לתשומת ליבכם: בקשה שתוגש ללא אישור על תשלום אגרת הבקשה בסך 275 ₪ תוחזר לשולח.**  
**טופס א'**

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

יש לסמן "X" במשבצת המתאימה:

בקשה חדשה,  בקשה להארכת היתר מס' \_\_\_\_\_ שמסתיים בתאריך \_\_\_\_\_.

**1. פרטי המטופל:**

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת"ז	שנת לידה	מצב משפחתי
ישוב	רחוב	מס' בית ודירה	מיקוד	טלפון/פלאפון

**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 האפוטרופוּס החוקי של המטופל, שיהא אחראי להעסקת העובד הזר במתן טיפול סיעודי למטופל).

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת"ז	שנת לידה	זיקה למטופל
ישוב	רחוב	מס' בית ודירה	מיקוד	טלפון/פלאפון

**3. פרטי הזכאות (יש לסמן את התשובה הנכונה ולמלא את הפרטים החסרים):**

א. המטופל נבדק ע"י המוסד לביטוח לאומי ונמצא זכאי לאחת הגמלאות/הקצבאות להלן:

גמלת סיעוד ברמה \_\_\_\_\_ (היתר להעסיק עובד זר יינתן ע"פ אישור המוסד לביטוח לאומי

כי המטופל צבר 4.5 נקודות ADL במבחן תלות, או 4 נקודות ADL ונקודות בודד).

קצבת שירותים מיוחדים (שר"מ) \_\_\_\_\_.

קצבת ילד נכה \_\_\_\_\_.

קצבת ניידות \_\_\_\_\_.

קצבת נכי עבודה \_\_\_\_\_.

קצבת נכי פעולות איבה \_\_\_\_\_.

ב.  המטופל הינו גבר מעל גיל 65 או אישה מעל גיל 60, 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 530 ש"ח באמצעות שני שוברי תשלום ע"ס 265 ₪ כ"א.

כתובות - ענף סיעוד:

ירושלים - רח' בן יהודה 34 קומה 13 בניין מגדל העיר.

ת"א - רח' דרך שלמה 53, קומה ד', מיקוד \_\_\_\_\_.

צפון - רח' פל ים 7, בניין צים, ת.ד. 109, חיפה, מיקוד 31003.

דרום - רח' אלומות 12, בניין משובית, קומה ב', א.ת. עומר.

מס' טלפון ארצי: 1-700-707-147



מדינת ישראל  
State Of Israel



ג. המטופל נמצא בטיפול משרד הביטחון :

הורה שכול / אלמנות צה"ל \_\_\_\_\_ .

נכה/ת צה"ל \_\_\_\_\_ .

4. האם המטופל מתגורר בבית אבות/דיור מוגן/בי"ח שיקומי/מסגרת מוסדית אחרת?

לא

כן, ציין את שם המוסד וכתובתו : \_\_\_\_\_ (יובהר כי לא

ייתן היתר למטופל השוהה במסגרת מוסדית- למעט דיור מוגן).

5. יש למלא סעיף זה רק כאשר המטופל הינו קטין הזכאי לקצבת ילד נכה מאת המוסד לביטוח לאומי (סמן אחד) :

א. מחמת נכותו, זקוק הילד לליווי למתן עזרה פיזית כתנאי להשתתפותו במסגרת לימודית.

ב. מחמת נכותו, נבצר מהילד להשתתף במסגרת לימודית/טיפולית.

ג. מתקיימות נסיבות רפואיות מיוחדות המצריכות טיפול יומיומי צמוד וממושך בילד בביתו.

6. אם התקשרת עם לשכה פרטית להבאה, תיווך וטיפול בעובדים זרים בענף הסיעוד לצורך תיווך העובד הזר, נא ציין את שם החברה : \_\_\_\_\_ .

7. 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 ליחידת ההיתרים אם יחול שינוי בפרטים אלו.

שם ושם משפחה	מספר ת.ז.	תאריך	חתימה
--------------	-----------	-------	-------

כתובות - ענף סיעוד:

ירושלים - רח' בן יהודה 34 קומה 13 בניין מגדל העיר.

ת"א - רח' דרך שלמה 53, קומה ד', מיקוד .

צפון - רח' פל ים 7, בניין צים, ת.ד. 109, חיפה, מיקוד 31003.

דרום - רח' אלומות 12, בניין משובית, קומה ב', א.ת. עומר.

מס' טלפון ארצי: 1-700-707-147



מדינת ישראל  
State Of Israel



## 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 בביתי.

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 שינתן 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 פיצויי 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 . 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 עבודה 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 ניווד של העובד הזר ו/או העסקתו שלא במתן טיפול סיעודי למטופל מהווים הפרה של תנאי ההיתר ויביאו לביטול ההיתר .

ידוע לי כי אם תותר לי להעסיק עובד זר יהא עלי להירשם אצל לשכה פרטית מורשית ולקבל מכתב השמה המאשר את הרישום קודם תחילת העסקת העובד הזר .

תאריך

חתימת המטופל/המעסיק

מס' תעודת זהות

שם פרטי ומשפחה

כתובות - ענף סיעוד:

ירושלים - רח' בן יהודה 34 קומה 13 בניין מגדל העיר.

ת"א - רח' דרך שלמה 53, קומה ד', מיקוד .

צפון - רח' פל ים 7, בניין צים, ת.ד. 109, חיפה, מיקוד 31003.

דרום - רח' אלומות 12, בניין משובית, קומה ב', א.ת. עומר.

מס' טלפון ארצי: 1-700-707-147



מדינת ישראל  
State Of Israel



### טופס ג'

### הצהרת ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ\*

מס' תעודת זהות

שם משפחה

שם פרטי

### \* יש למלא את פרטי המטופל/ת הסיעודי

מצהיר בזאת על הסכמתי כדלהלן:

- אני מסכים/ה לכך שמידע מפורט ומלא אודות מצב בריאותי וליקויי הגופניים בעבר ובהווה, הקיים לגבי בקופות החולים ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או במוסד רפואי ו/או רשויות הרווחה או לשכות פרטיות מורשות או גוף אחר, יימסר ליחידת ההיתרים או למי מטעמה.
- אני מסכים כי לשכה פרטית בעלת היתר לפי סעיף 65 לחוק שירות התעסוקה, התשי"ט-1959, תעביר ליחידה כל דו"ח סוציאלי או מידע אחר שהגיע אליה במסגרת מילוי מחויבויותיה לפי נוהל לשכות פרטיות להבאה, תיווך וטיפול בעובדים זרים בענף הסיעוד.
- הסכמתי זו באה לאפשר ליחידת ההיתרים או לגורם מטעמה לשקול את מידת תפקודי והזדקקותי לסיוע של עובד זר למתן טיפול סיעודי וכן לצורך פיקוח על מילוי אחר תנאי היתר שינתן לי להעסיק עובד זר אם יינתן לי היתר כאמור.
- אני מסכים למסור כל מידע שיידרש ממני לצורך קבלת החלטה בבקשתי למתן היתר להעסקת עובד זר וכן לשתף פעולה עם כל פיקוח מטעם הרשויות בעניין קיום תנאי ההיתר אם יינתן.

ולראיה באתי על החתום

חתימת המטופל או האפוטרופוס החוקי

תאריך

כתובות - ענף סיעוד:

ירושלים - רח' בן יהודה 34 קומה 13 בניין מגדל העיר.

ת"א - רח' דרך שלמה 53, קומה ד', מיקוד .

צפון - רח' פל ים 7, בניין צים, ת.ד. 109, חיפה, מיקוד 31003.

דרום - רח' אלומות 12, בניין משובית, קומה ב', א.ת. עומר.

מס' טלפון ארצי: 1-700-707-147



מדינת ישראל  
State Of Israel



**טופס ד' - קטינים**

**נספח לבקשה לקבלת היתר להעסיק עובד זר בטיפול סיעודי בקטין (לחתימת ההורה) - תצהיר**

אני הח"מ \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_ מרח' \_\_\_\_\_  
לאחר שהוזהרתי כי עלי לומר את האמת וכי אהיה צפוי /ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה  
כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. הנני הורה של \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ (להלן: הקטין) שבגינו  
הוגשה הבקשה להעסיק עובד זר, והנני נותן תצהיר זה בתמיכה לבקשה האמורה.
2. הקטין מתגורר בביתי בכתובת \_\_\_\_\_ ואינו  
מתגורר במסגרת מוסדית, שיקומית או בפנימייה.
3. ידוע לי כי אם הקטין יעבור לשהות במסגרת מוסדית, שיקומית או בפנימייה כאמור לעיל, לא  
אהיה רשאי להמשיך להעסיק עובד זר לצורך הטיפול בו, והנני מתחייב בזה להודיע לאלתר  
ליחידת ההיתרים על העברת הקטין למוסד כאמור.
4. הנני מצהיר כי זה שמי, זוהי חתימתי ותוכן תצהירי זה אמת.

\_\_\_\_\_ חתימת המצהיר

**אישור**

הנני מאשר בזה כי ביום \_\_\_\_\_ הופיע בפני עורך דין \_\_\_\_\_  
במשרדי ברח' \_\_\_\_\_ מר/גב' \_\_\_\_\_ שזיהה עצמו על ידי  
תעודת זהות מס' \_\_\_\_\_ ולאחר שהוזהרתי כי עליו להצהיר את האמת וכי יהיה  
צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה כן, אישר את נכונות ההצהרה הנ"ל וחתם עליה בפני.

\_\_\_\_\_ חתימת עורך דין

\_\_\_\_\_ חותמת

כתובות - ענף סיעוד:

ירושלים - רח' בן יהודה 34 קומה 13 בניין מגדל העיר.

ת"א - רח' דרך שלמה 53, קומה ד', מיקוד .

צפון - רח' פל ים 7, בניין צים, ת.ד. 109, חיפה, מיקוד 31003.

דרום - רח' אלומות 12, בניין משובית, קומה ב', א.ת. עומר.

מס' טלפון ארצי: 1-700-707-147



מדינת ישראל  
State Of Israel



טופס ה'

**טופס בקשה למטופל העומד להשתחרר מבית חולים/מוסד סיעודי**  
על פי חלק ג' סעיף 1.1 לקריטריונים למתן היתר להעסיק עובד זר בענף הסיעוד

א. בקשה זו מוגשת לצורך קבלת היתר להעסקת עובד זר עבור מר/גב' \_\_\_\_\_  
ת.ז. \_\_\_\_\_ (להלן: הח"מ/ המטופל) העומד/ת להשתחרר ממוסד  
סיעודי/בית חולים.

ב. על פי חוות דעת הרופא המטפל במוסד הסיעודי/בית החולים, ד"ר \_\_\_\_\_  
מספר רישיון \_\_\_\_\_ הח"מ/המטופל י שתחרר מהמוסד הסיעודי /בית  
החולים \_\_\_\_\_ ביום \_\_\_\_\_ וזקוק ל הסדרת רצף טיפול  
סיעודי במשך רוב שעות היום כתנאי לשחרורו.

ג. ידוע לי ואני מבין כי חל איסור להעסיק עובד זר ב עת שהות המטופל ב מוסד סיעודי או  
בבית חולים וכי אם יינתן היתר על פי בקשה זו, יהא ניתן להעסיק את העובד הזר רק  
לאחר השחרור בפועל מבית החולים.

ד. ידוע לי כי אם יינתן היתר לפי הבקשה הוא יינתן לתקופה של 6 חודשים בלבד ויוגבל  
להעסקת עובד זר הנמצא כבר בישראל, כך שלא יהא ניתן להביא עובד זר מחו"ל לצורך  
מימוש ההיתר. כן ידוע לי כי לצורך הארכת תוקף ההיתר יש לעמוד בנהלים הרגילים  
למתן היתר להעסקת עובד זר בענף הסיעוד כמפורט בדברי ההסבר לטופס הבקשה  
ובקריטריונים למתן היתר בענף הסיעוד המפורסמים באתר האינטרנט

[www.moital.gov.il/ovdimzarim](http://www.moital.gov.il/ovdimzarim)

חתימת המטופל או האפוטרופוס החוקי

תאריך

כתובות - ענף סיעוד:

ירושלים - רח' בן יהודה 34 קומה 13 בניין מגדל העיר.

ת"א - רח' דרך שלמה 53, קומה ד', מיקוד .

צפון - רח' פל ים 7, בניין צים, ת.ד. 109, חיפה, מיקוד 31003.

דרום - רח' אלומות 12, בניין משובית, קומה ב', א.ת. עומר.

מס' טלפון ארצי: 1-700-707-147