לתשומת ליבכם: בקשה שתוגש ללא אישור על תשלום אגרת הבקשה בסך 370 ₪ 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	תאריך 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

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 710 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 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	מספר זהות	תאריך	חתימה
_____	_____	_____	_____