

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מספר תיק :

--

מחוז שיקום :

תצהיר הזכאי
שתעסוקתו הרגילה בעסק עצמאי

אני הח"מ :

שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות																
מען – עיר	רחוב	בית	דירה	מיקוד				טלפון												

מצהיר בזאת כדלקמן :

- הנני זכאי לתגמולים על ביטול ימי עבודה עקב הזדקקותי לטיפול רפואי לתקופה מתאריך _____ ועד לתאריך _____ הכל לפי אישור הרופא.
- (מתייחס לנכה המובטל יום עבודה מלא)
מאחר שעבודתי הרגילה הינה בתעסוקה עצמית כמפורט להלן :
שם העסק : _____
מהות המפעל/העסק : _____
כתובת המפעל/העסק : _____ מס' הפועלים המועסקים : _____
האם המפעל נסגר לתקופה שעבורה נדרש התשלום כן/לא.
- הריני מצהיר בזאת, כי עקב ביטול ימי עבודה בתקופה הנזכרת בסעיף 1 דלעיל, לא הפקתי מתעסוקתי העצמית בכל יום ביטול מעבודה, הכנסה העולה כדי החלק השלושים של הכנסתי הרגילה.
- הריני מצהיר בזאת, כי עקב הביטול החלקי מימי עבודתי בתקופה הנזכרת בסעיף 1 דלעיל, פחתה הכנסתי כדלקמן :
בסכום של _____ ליום תעסוקה עצמית מלאה.
בסכום של _____ ליום תעסוקה עצמית חלקית של _____ שעות.
- הריני מצהיר בזאת, כי סכומי ההכנסה הנקובים בסעיפים 2-3 דלעיל, מתבססים על הצהרתי לשלטונות מס הכנסה לשנת השומה **שחלפה** (מצ"ב אישור מאת שלטונות מס הכנסה).
- הריני מצהיר בזאת, כי ידוע לי שבמידה ושיעור הכנסותי לשנת השומה הנוכחית יהיו פחותים מהנקובים הסעיף 4 דלעיל, אהיה זכאי להשלמת התשלום ששולם לי על פי תקנות טיפול רפואי, באם אמציא אישור המאשר זאת מאת שלטונות מס הכנסה. ידוע לי שבמידה ושיעור הכנסותי לשנת השומה הנוכחית יהיו גדולים מהנקובים הסעיף 4 דלעיל, ינוכה מתגמולי הסכום העודף שקבלתי על פי תקנות טיפול רפואי, הכל לפי חישוב נפרד.
- תצהיר זה ניתן בתמיכה לבקשתי לקבלת תגמול על פי תקנות טיפול רפואי על ביטול ימי עבודה.

חתימת המצהיר/הזכאי _____

היום הופיע בפני _____

שופט בימ"ש/רשם/עו"ד במשרדי _____

גב'מר _____ אשר זיהיתיו לפי ת.ז. מס' _____

ולאחר שהזהרתי כי עליו להצהיר ולומר את האמת וכי אם לא יעשה כן יהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק איש בפני את אמינות הצהרתו הנ"ל, חתם עליה בנוכחותי.

שופט/רשם/עו"ד במשרדי _____

תאריך _____