סמן ✓ במשבצות המתאימות

משתייך ל: ❑ ארגון המורים העי"ס ❑ הסתדרות המורים

מדינת ישראל
משרד החינוך
אגף בכיר לכוח אדם בהוראה

הטופס ימולא ע"י העובד במקור ובהעתק ויועבר באמצעות גף כ"א בהוראה במחוז או המעביד אל יו"ר האירגון היציג שיעבירו לאגף כא"ב

בקשה למענק מקרן ימי מחלה לעובד הוראה

א. פרטי המבקש

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס.ב	תאריך לידה	מצב משפחתי	טלפון

כתובת פרטית:	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	עיסוק בן הזוג ומקום עבודתו

שם המוסד שבו מועסק המבקש	הישוב	מיקוד	שם הבעלות המשלמת את משכורת המבקש	בנוסף להוראה בביה"ס אני ממלא גם תפקידים אלה:	רמת הכיתה

דרגה	ותקי בשנת		היקף ובסיס המשרה	תאריך התחלת העבודה		מעמד ❑קבוע ❑אחר (ציין איזה)	
	למשכורת	בשירות המדינה		בשירות המדינה	בבעלות אחרת	בשירות	בבעלות

ב. סיבת ההעדרות שבגינה מבוקש המענק

❑ ניצלתי את כל מכסות ימי המחלה הצבורים ומתאריך _____ אינני זכאי עוד למשכורת.

❑ ניצלתי גם את ימי המחלה שנותרו לזכותי בבעלויות אחרות שעבדתי בהן בהתאם להוראות חוזרי המנכ"ל מ"ו/6 ומ"ח/1 כמפורט להלן:

א. מבעלות _____ ניצלתי _____ ימי מחלה

ב. מבעלות _____ ניצלתי _____ ימי מחלה

❑ אושרה לי חופשת מחלה לפנים משורת הדין בחצי משכורת מתאריך _____ עד תאריך _____

❑ לא אושר לי כל תשלום לפנים משורת הדין מהסיבה: _____

❑ נעדרתי עקב מחלה ברציפות:

מתאריך	עד תאריך

אני מבקש לאשר לי מענק מקרן חופשת מחלה (ידוע לי כי זכות זו ניתנת רק לאחר שנת עבודה מלאה אחת לפחות)

פרטים ונימוקים מיוחדים לבקשה: _____

(רצוי לצרף מכתב מפורט)

תאריך _____ חתימת המבקש _____

ג. חוות דעת המחוז / הבעלות

❑ בדקתי את פרטי הבקשה והם תואמים את הנתונים שבתיקו האישי של העובד ובדוחות הנוכחות.

❑ העובד י/נעדר מהעבודה עקב מחלה מתאריך _____ עד תאריך _____ על פי תעודות המחלה המצ"ב ומתאריך _____ אינו זכאי עוד למשכורת.

דרגתו	ותקו, בשנה"ל תשס"___	מעמד ❑קבוע ❑אחר	היקף ובסיס משרתו	תאריך כניסתו לעבודה	
				במחוז	בבעלות

תאריך _____ שם החותם/ת _____ חתימה _____ חותמת הבעלות _____

במחוז / בעלות (בכתב יד ברור)

ד. הערות הארגון היציג _____

_____ _____ _____

חתימה תאריך

ה. החלטת חברי הנהלת הקרן

הבקשה מוגשת: ❑ על פי ההנחיות ❑ כחריג

❑ לאשר לעובד/ת _____ אחוזים ממשכורתו/ה הרגילה ברוטו ע"פ דרגתו/ה וותקו/ה בהוראה לתקופה מיום _____ עד יום _____

❑ לא לאשר לעובד/ת מענק מהקרן. נימוקי ההחלטה: _____

שם וחתימת מנהל אגף כא"ב	שם וחתימת ס/מנהל אגף כא"ב	שם וחתימת חשב משרד החינוך	תאריך

שם וחתימת נציג הארגון היציג	שם וחתימת נציג הארגון היציג	שם וחתימת נציג מרכז השלטון המקומי	תאריך