

מדינת ישראל
משרד החינוך
מינהל כח אדם בהוראה, תיאום ובקרה

בס"ד

לשכת הסמנכ"ל

רצ"ב המסמכים הנדרשים לצורך שיפוי:

שם המורה _____, ת.ז. _____.

- אישורים של משרד החינוך על דרגה, ותק וגמולי השתלמות (המעודכנים לעת הגשת הבקשה)
- אישור על יציאת עו"ה לגמלה או אישור של החלטת ועדה רפואית מוסמכת מטעם קרנות פנסיה בדבר פרישתו מטעמים רפואיים.
- תעודת פטירה ואישור בדבר קיומם של שאירים על פי החוק + צו ירושה

• העתק תעודת זהות

• אישור מקפת פנסיה שממנה המורה מקבל פנסיה הכולל מועד פרישה.

• אישור בעלות אחרונה (נספח 1+2, כולל חתימה וחתימת).

• אישורים מבעלויות קודמות כולל חתימה וחתימת (נספח 3+4, לכל בעלות בנפרד).

• אישור על חופשות או הפסקות בעבודה (האישור חייב בתאריכים, משנה עד שנה)

• תצלום תלושי שכר של חודש בשנה לגבי 5 השנים האחרונות (למקבלי גמול בגרות בלבד).

• מספר כיתות בבית-הספר _____

• ותק בניהול _____

• סמל בית הספר של המוסד האחרון _____

• סמלי בתי"ס של המוסדות הקודמים ושמותיהם

חתימה: _____ חותמת: _____

מדינת ישראל
משרד החינוך
מינהל כח אדם בהוראה, תיאום ובקרה

סימנו 2

לכבוד _____

שלום רב,

הנדון: בקשה לשיפוי בגין פיצוי בעד ימי מחלה שלא נוצלו

2. אנו, מורשים בשם הבעלות _____ כתובת הבעלות _____
שם הבעלות _____

מודיעים בזאת כי מר/גב' _____, _____
שם פרטי ומשפחה תעודת זהות _____

הועסקה במסגרת הבעלות מיום _____, ועד יום _____ כמפורט

בנספח ג' הרצ"ב, בתפקיד מורה/מנהל/אחר _____

הנ"ל זכאית לקבל פיצוי בעד ימי מחלה שלא נוצלו בהתאם לנוהל המעודכן בחוזר הרצ"ב,

מאחר שהפסיקה/עבודתה/אצלנו ביום _____ מהסיבה הבאה:

• פרישה לגימלאות בגיל שאינו נמוך מגיל 55

• פרישה מטעמי בריאות ע"פ החלטה של ועדה רפואית מוסמכת מטעם קרנות הפנסיה

פטירה

2. אנו מבקשים ממשרד החינוך כי ישפה אותנו בסך של _____ ₪ כמפורט בנספחים 5+6

חתימה: _____ **חותמת:** _____

מדינת ישראל
משרד החינוך
מינהל כח אדם בהוראה, תיאום ובקרה

תאריך: _____
סימנו 3

בקשה לשיפוי ימי מחלה שלא נוצלו

שם הבעלות: _____ סמל המוסד: _____

כתובת הבעלות: _____

טלפון ושם של איש הקשר במוסד: _____

שם המורה: _____

ת.ז.: _____

שנת לידה: _____

שנת עליה: _____

תאריך פרישה: _____

*מעמד- פנסיונר/ פנסיונר עובד/ עובד.

תפקיד: מורה / מנהל/ יועץ: מס' כתות בביה"ס _____ וותק בניהול _____

שם המוסד האחרון המגיש את הבקשה	תקופת עבודה מ- עד-	סה"כ ימי מחלה לזכאות מעל משרה	סה"כ ימי מחלה לזכאות עד משרה

מוסדות אחרים בהם הועסק המורה:

שם המוסד	סמל מוסד	תקופת עבודה מתאריך עד תאריך	סה"כ ימי מחלה לזכאות
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			

חתימה: _____ **חותמת:** _____

מדינת ישראל
משרד החינוך
מינהל כח אדם בהוראה, תיאום ובקרה

סימנו 4

נספח-3

(למילוי ע"י בעלות קודמת/אחרת)

1. אנו, מורשים בשם הבעלות _____
שם הבעלות _____ כתובת הבעלות _____
מאשרים בזאת כי עובד ההוראה:

שם פרטי _____ שם משפחה _____ כתובת _____
ת.ז. _____ ונולד ביום _____ ת. עליה _____
הועסק בבעלותנו ברציפות בבית הספר שסמלו _____ שם ביה"ס _____

מיום _____ עד יום _____ למעט הפסקות של חל"ת מאושר
מיום _____ עד יום _____ ופרש לגימלאות/נפטר ביום _____
וצבר אצלנו _____ ביום הפרישה לגימלאות/עד למועד פטירתו _____
ימי מחלה, (כמפורט בטבלה נספח ב') להלן:

- סה"כ ימים לזכות המורה _____
- סה"כ הימים שנוצלו _____
- סה"כ הימים הלא מנוצלים _____

הנני לאשר בזאת כי המורה הנ"ל לא קיבל מאיתנו פיצויי פיטורין מוגדלים בגין תקופת עבודתו זו

תאריך _____ חותמת _____ חתימת מורשי הבעלות המעבירה _____ חתימת העובד/ת _____

חתימה: _____ **חותמת:** _____

מדינת ישראל
משרד החינוך
מינהל כח אדם בהוראה, תיאום ובקרה

סימנו 6

נספח – 1

(למילוי על ידי הבעלות האחרונה)

1. אנו, מורשים בשם הבעלות _____ כתובת הבעלות _____
שם הבעלות _____

מאשרים בזאת כי עובד ההוראה:

שם פרטי _____ שם משפחה _____ כתובת _____

ת.ז. _____ ונולד ביום _____ ת. עליה _____

הועסק בבעלותנו ברציפות בבית הספר שסמלו _____ שם ביה"ס _____

מיום _____ עד יום _____ למעט הפסקות של חל"ת מאושר

מיום _____ עד יום _____ ופרש לגימלאות/נפטר ביום _____

וצבר אצלנו _____ ביום הפרישה לגימלאות/עד למועד פטירתו _____
ימי מחלה כמפורט בטבלה נספח ב' להלן:

•סה"כ ימים לזכות המורה _____

•סה"כ הימים שנוצלו _____

•סה"כ הימים הלא מנוצלים _____

הנני לאשר בזאת כי המורה הנ"ל לא קיבל מאיתנו פיצויי פיטורין מוגדלים בגין תקופת עבודתו זו

תאריך _____ חותמת _____ חתימת מורשי הבעלות המעבירה _____

חתימת העובדת

חתימה: _____ **חותמת:** _____

מדינת ישראל
משרד החינוך
מינהל כח אדם בהוראה, תיאום ובקרה

סימנו 7

נספח 9

1. שם הבעלות _____ מס' מוטב _____
שם ביה"ס _____ סמל המוסד _____
שם העובד _____ ת.ז. _____
תאריך לידה _____
 2. תקופת שירות רצופה וכוללת בהוראה: מיום _____ עד _____ יום _____
 3. סה"כ ימי המחלה שהעובד ניצל במשך כל תקופת שירותו (בהתאם להיקף משרתו) _____
 4. יתרת ימי המחלה העומדת לזכותו של העובד בתאריך פרישתו/מועד פטירתו _____
 5. על כן מגיע לו פיצוי בשיעור של 6-8 ימים בעד כל 30 ימים שבירת ימי המחלה הצבורים, המפורטים בסעיף (4) לעיל.
 6. סה"כ ימי מחלה לא מנוצלים _____
 7. סה"כ ימי מחלה לא מנוצלים לתשלום (לאחר חילוק ב-30 ימים) _____
 8. סה"כ שכר בגין ימי מחלה לא מנוצלים _____
- חתימה _____ חותמת _____

מדינת ישראל
משרד החינוך
מינהל כח אדם בהוראה, תיאום ובקרה

סימנו 8

נספח 8

אנו מורשים בשם הבעלות _____ סמל בית הספר _____ מודיעים
בזאת כי שילמנו לגב' /מר _____ ת.ז. _____ סך של _____ ₪
בתאריך _____
שנת פרישה של המורה _____
חתימה וחותמת _____

את הטופס החתום יש להעביר לגב' רוזה איזנדופר לחשבות המשרד

שם _____ תפקיד _____
חתימה _____ חותמת _____

2. אני החתום מטה מר/גב' _____ ת.ז. _____ מאשר בזאת
קבלת הסכום המוזכר לעיל
שם המורה _____ חתימת המורה _____ תאריך _____

סימנו 9

בניין לב-דס, רח' דבורה הנביאה 2, ירושלים 91911 טלפון: 02-5602245/2515 פקס: 02-5604174

כתובת אתר ממשל זמין: <http://www.gov.il>,

כתובת אתר המשרד: <http://www.education.gov.il>

עמוד 8 מתוך 12

מדינת ישראל
משרד החינוך
מינהל כח אדם בהוראה, תיאום ובקרה

נספח 7

כתב התחייבות לתשלום שיפוי בגין ימי מחלה שלא נוצלו

אנו מורשים בשם הבעלות (שם הבעלות) _____

מתחייבים לשלם למגב' _____ ת.ז. _____

מיד עם קבלתו ממשרד החינוך סך _____ ₪

אנו מסכימים כי אם תוך 30 יום ממועד קבלת התשלום, לא נעביר למשרד החינוך אישור על תשלום הסכום, כאמור, יקוזז הסכום מכל תשלום שיגיע לנו ממשרד החינוך, וזאת ללא כל הודעה נוספת מצד משרד החינוך.

אישור על תשלום, יועבר בנוסח האמור בנספח א' (1)

שם _____ תפקיד _____

חתימה _____ חותמת _____

תאריך: _____
סימנו 10

בניין לב-דס, רח' דבורה הנביאה 2, ירושלים 91911 טלפון: 02-5602245/2515 פקס: 02-5604174

כתובת אתר ממשל זמין: <http://www.gov.il>,

כתובת אתר המשרד: <http://www.education.gov.il>

מדינת ישראל
משרד החינוך
מינהל כח אדם בהוראה, תיאום ובקרה
תאריך: _____

סימנו: 11

נספח 5

חישוב השכר לצורך פידיון ימי מחלה בגין הבעלות האחרונה

שם המורה: _____
 מספר זהות: _____
 דרגה בדרוג עו"ה: _____
 ותק בהוראה (כולל ותק צה"ל): _____

מעבר למשרה	עד משרה	
		שכר משולב
		תוספת תגבור הוראה
		הסכם מסגרת
		גמול השתלמות %
		גמול הכשרה
		גמול חינוך
		גמול ניהול %
		גמול בגרות %
		גמול ייעוץ
		גמול חינוך מיוחד %
		גמול ד"ר
		גמול מ"א
		הבראה 1/12
		ביגוד (פנסיה תקציבית)
		אחר
	נח	ברוטו ליום
		אחוז משרה ממוצע
	%	מס' ימי פיצוי
	%	סה"כ לתשלום

סה"כ לתשלום:

נח

הננו מצהירים שהפרטים הנ"ל נכונים:

תאריך _____ חתימה וחותמת נציג מורשה של הבעלות _____
 תאריך _____ חתימת עובד ההוראה _____

מדינת ישראל
משרד החינוך
מינהל כח אדם בהוראה, תיאום ובקרה

תאריך: _____
 סימנו: 12

נספח 6

**חישוב השכר לצורך פידיון ימי מחלה בגין הבעלות האחרונה
 הקודמת אחרת**

שם המורה: _____

מספר זהות: _____

דרגה בדרוג עו"ה: _____

ותק בהוראה (כולל ותק צה"ל): _____

מעבר למשרה	עד משרה	
		שכר משולב
		תוספת תגבור הוראה
		הסכם מסגרת
		גמול השתלמות % _____
		גמול הכשרה
		גמול חינוך
		גמול ניהול % _____
		גמול בגרות %
		גמול ייעוץ
		גמול חינוך מיוחד %
		גמול ד"ר
		גמול מ"א
		הבראה 1/12
		ביגוד (פנסיה תקציבית)
		אחר
	☒	ברוטו ליום
		אחוז משרה ממוצע
	%	מס' ימי פיצוי
	%	סה"כ לתשלום

סה"כ לתשלום:

☒ _____

הננו מצהירים שהפרטים הנ"ל נכונים:

תאריך _____ חתימה וחותמת נציג מורשה של הבעלות _____

תאריך _____ חתימת עובד ההוראה _____