המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות

חותמת קבלה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות

סוג המסמך **0 3**

דפים

תאריך: _____

אישור העסקה בטיפול וסיוע אישי בבית

לצורך מענק עבודה נדרשת

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי

הנדון: <u>אישור העסקה בטיפול וסיוע אישי בבית</u>

1 הריני לאשר כי:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

עבד במתן טיפול וסיוע אישי בבית ל_____ _____

שם המטופל | מספר זהות

כתובת	טלפון

האם העובד בן משפחה* של המטופל? ❑ לא ❑ כן, סוג הקרבה _____

* " בן משפחה" – אח, אחות, בן, בת, נכד, נכדה, דוד, דודה ובני זוגם של כל אחד מאלה

האם ברשות המטופל היתר להעסקת עובד זר? ❑ לא ❑ כן, חובה לצרף היתר להעסקת עובד זר על שם המטופל.

פרטים על המטופל – נא לסמן במקום המתאים

❑ זכאי לגמלת שירותים מיוחדים לפי פרק ט'

❑ ילד נכה הזכאי לגמלה לפי סימן ו' בפרק ט'

❑ זכאי לגמלת סיעוד לפי פרק י'

❑ נכה הזכאי לתגמול לפי חוק הנכים שרופא מוסמך ראשי שנתמנה לפי תקנה 2(א) לתקנות הנכים (טיפול רפואי), התשי"ד – 1954, קבע כי הוא זכאי לליווי לאנשים עם מוגבלות קשה, לפי אמות מידה שיורה שר הביטחון.

2 ציין במה (באילו פעולות) מסייע העובד למטופל

❑ אכילה ❑ לבישה ❑ רחצה ❑ שליטה בהפרשות ❑ השגחה (פרט) _____

❑ אחר - _____

תאריך _____ שם המעסיק _____ חתימה וחותמת ✖ _____

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד