



מדינת ישראל

עמוד 1 מתוך 2

אל: הוועדה המשרדית להיעדרות עובד/ת עקב מחלת בן/ת משפחה - CAREGIVERS

בקשה להיעדרות בשל מחלת בן/ת משפחה במקרים רפואיים קשים וחריגים

(הטופס ילווה במכתב מפורט על הנסיבות והשתלשלות האירועים)
(פסקה 33.257 לתקשי"ר)

1. ימולא על-ידי העובד/ת (יש לצרף אישורים רפואיים תומכים)

פרטי העובד/ת

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	משרד	יחידה
		ס"ב 		

תפקיד	ותק בשירות	גיל	חלקיות המשרה	מס' ילדים	גילאים
			<input type="checkbox"/> חצי משרה <input type="checkbox"/> מלאה <input type="checkbox"/> אחר _____		

עיסוק/ה של בן/ת הזוג	מקום העבודה	תפקיד

עקב מחלה קשה או כרונית של בן/ת משפחתי הנני מבקש/ת לאפשר לי לנצל ימי מחלה מתוך:

המכסה הצבורה של ימי מחלתי המכסה הצבורה של ימי חופשתי (בכל מקרה מכסת ימי חופשתי אינה עולה 22 ימים, כנדרש לצורך הפניה לוועדה)

הקרבה של בן/ת המשפחה החולה

צייני את סוג הקרבה	שם משפחה	שם פרטי

תיאור המקרה: (צייני תאריכים מדויקים על המחלה, ממתני אינד עובד/ת, כמה ימי מחלה נוצלו לצורך טיפול בן/ת המשפחה בשנה זו, כמה ימים סה"כ נעדרת עד עתה, ממה נוכו ימים אלה, מי סועד/ת את החולה וכיצד זה מתחלק בין הסועדים השונים (אם יש נוספים צייני את הקרבה), צייני מהו הצפי להמשך? ומהי בקשתך?)

תאריך: ____/____/____

חתימת העובד/ת: _____

2. ימולא על-ידי המשרד/היחידה

מכסת ימי המחלה המעודכנת ליום ____/____/____ הינה _____.

מכסת ימי החופשה המעודכנת ליום ____/____/____ הינה _____.

מספר הימים שנעדר העובד/ת עקב המחלה _____ מספר הימים שנוכו _____/_____
מחופשה מימי מחלה

חוות דעת עובד/ת הרווחה

האם טופל על-ידי הוועדה המשרדית לבני משפחה מטפלים כן לא

מה אושר?

תאריך הוועדה המשרדית ____/____/____