



מדינת ישראל

עמוד 1 מתוך 2

בקשה למענק ימי מחלה

מן הקרן המשותפת לנציבות שירות המדינה
והסתדרות עובדי המדינה (סעיף 33.28 לתקשי"ר)

1. פרטים אישיים

שם משפחה			שם פרטי			מס' זהות			תאריך כניסה לשירות			תאריך לידה		
									שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
תואר תפקידו של העובד/ת			חלקיות המשרה			דירוג			דרגה					
המועמד/ת בשירות						המצב המשפחתי								
<input type="checkbox"/> קבוע <input type="checkbox"/> זמני <input type="checkbox"/> מועסק/ת על-פי חוזה מיוחד <input type="checkbox"/> אחר _____						<input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> בן/ת זוג עובד/ת <input type="checkbox"/> בן/ת זוג לא עובד/ת <input type="checkbox"/> מקבל/ת תוספת משפחה בעד מס' ילדים _____ ילדים <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> רווק/ה עם ילדים _____ מס' ילדים _____ <input type="checkbox"/> גרוש/ה ללא ילדים <input type="checkbox"/> גרוש/ה עם ילדים _____ <input type="checkbox"/> אלמ/ה ללא ילדים <input type="checkbox"/> אלמ/ה עם ילדים _____								
פנסיה						במידה ולנ"ל זכאות לפנסיה צוברת								
<input type="checkbox"/> פנסיה תקציבית <input type="checkbox"/> פנסיה צוברת						<input type="checkbox"/> העובד/ת טרם פנה/תה לקרן הפנסיה לבדיקת זכויותיו/ה מהנימוקים הבאים: _____ <input type="checkbox"/> העובד/ת פנה/תה לקרן הפנסיה, הוכרה כזכאית ל"אובדן כושר עבודה" מבטיח הפנסיה מיום _____ / _____ / _____ עד יום _____ / _____ / _____. <input type="checkbox"/> העובד/ת פנה/תה לקרן הפנסיה, לא הוכרה כזכאית ל"אובדן כושר עבודה" מהנימוקים הבאים: _____ _____								

2. ההיעדרות שבגללה מבוקש המענק - למילוי על-ידי העובד/ת

נעדרתי עקב מחלה ברציפות מיום _____ / _____ / _____ עד יום _____ / _____ / _____ וחזרתי לעבודה ביום _____ / _____ / _____.
 טרם חזרתי לעבודה.
 ניצלתי את כל מכסת ימי המחלה הצבורים וכן את ימי חופשת המנוחה שעמדו לרשותי, והחל מיום _____ / _____ / _____ ואינני זכאית עוד למשכורת.
האחראית במשרד
 אישר/ה לי לפנים משורת הדין חופשת מחלה במחצית משכורתי מיום _____ / _____ / _____ עד יום _____ / _____ / _____.
 לא אישר/ה לי חופשת מחלה במחצית משכורת מטעם המשרד מהנימוקים הבאים: _____

במהלך 12 החודשים האחרונים

קיבלתי מענק מקרן ימי המחלה בעד התקופה מיום _____ / _____ / _____ עד יום _____ / _____ / _____.
 לא קיבלתי כל מענק מקרן המחלה בשנה זו.
 אני מבקש/ת לאשר לי מענק מן הקרן המשותפת בהתאם לכללים של הקרן.
להלן פרטים ונימוקים מיוחדים לפנייה זו כעת:

תאריך _____ / _____ / _____ חתימת המבקש/ת _____

3. פרטי קשר של עובד/ת הרווחה במשרד

שם עובד/ת הרווחה	שם המשרד/יחידת הסמך	כתובת מייל של עובד/ת הרווחה

4. הערות עובד/ת רווחה

_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
תאריך _____/_____/_____	חתימת עובד/ת הרווחה _____

5. למילוי על-ידי מנהל/ת היחידה המנהלית

בדקתי את פרטי הבקשה והם תואמים את הנתונים שבתיקו האישי של העובד/ת וברישומי הנוכחות וההיעדרויות. כל הנתונים שנמסרו על-ידי העובד/ת בסעיף 2 לעיל אומתו על-ידי. הפסקתי לשלם לוח משכורת החל מתאריך _____/_____/_____ לאחר שהנ"ל ניצלה את כל ימי המחלה וימי החופשה שלזכותו/ה.

הערות וספות: _____

תאריך _____/_____/_____ שם פרטי _____ שם משפחה _____ תוארו _____ חתימה _____

6. למילוי על-ידי הנהלת הקרן

בישיבת הנהלת הקרן מיום _____/_____/_____ הוחלט כמסומן להלן:

לאשר לעובד/ת ימי מחלה בשיעור של _____ אחוזים מן המשכורת בחלקיות משרה של _____ אחוז מיום _____/_____/_____ עד יום _____/_____/_____ או עד לשוב/ה לעבודה, או לפרישתו/ה - הכול לפי התאריך המוקדם יותר, על סמך אישורים רפואיים אותם הגישה.

אם העובד/ת ת/ישוב לעבודה לפני התאריך האמור לעיל יש להודיע על כך לוועדת הקרן.

לא לאשר את הבקשה מהנימוקים הבאים:

חתימת נציג/ת נש"מ _____ חתימת נציג/ת הסתדרות עובדי המדינה _____

תאריך _____/_____/_____

7. מצ"ב הנספחים הרלוונטיים לבקשה(הבקשה לא תיבדק בוועדה ללא צירוף המסמכים הבאים)

1. אישור מחלה עם התאריכים המבוקשים
2. סיכום ועדה רפואית
3. במידה והנ"ל בקרן פנסיה צוברת - אישור על הכרה בגין "אובדן כושר עבודה" או אישור על דחייה של קרן הפנסיה.