



משרד הביטחון  
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

חובה למלא את השדות המסומנים ב *.	
תאריך	
מספר תיק	
מחוז מטפל	

אל: משרד הביטחון - אגף משפחות, הנצחה ומורשת

## הנדון: הצהרה על העסקת מטפל/ת לסיוע בידי הזולת

### הריני מצהיר/ה בזאת על העסקת מטפלת בביתי

מתאריך: _____ מספר פעמים בשבוע: _____ למשך _____ שעות
שכר: <input type="checkbox"/> שעתי _____ (₪) <input type="checkbox"/> חודשי _____ (₪)

### פרטי המטפל/ת

שם משפחה *	שם פרטי *	מספר תעודת זהות / מספר דרכון *
רחוב *	מס' בית *	יישוב *
תאריך	חתימת המטפל/ת	

### חתימת הזכאי

תאריך	מספר תעודת זהות	חתימה
-------	-----------------	-------

הריני מאשר/ת חתימת המסמך באופן דיגיטלי

תאריך \_\_\_\_\_

חתימת המבקש

(במקרים בהם הטופס מוגש ידני)

משרד הביטחון, אגף משפחות, הנצחה ומורשת

מרכז שרות טלפוני: 03-7776700 | [www.mishpahot-hantzaha.mod.gov.il](http://www.mishpahot-hantzaha.mod.gov.il)