

בקשה לוועדה הומניטארית לפי סעיף 3א (ב1) לחוק הכניסה לישראל, התשי"ב – 1952

שם:	ת"ז:	גיל:	מצב אישי:
כתובת:	טלפון:		
תאריכי היתר נוכחי:	שם הלשכה הפרטית:		
סה"כ עו"ז שהועסקו על ידי המטופל:	סיבות סיום העסקה:		

פרטי
המטופל:

שם:	ת"ז:	קרבה למטופל:
כתובת:	טלפון נייד:	טלפון נוסף:

פרטי
מגיש
הבקשה:

שם:	מס' דרכון:	תאריך כניסה לישראל:	נתינות:
סה"כ מעסיקים בעבר:	סיבות סיום העסקה:		

פרטי
העובד
הזר:

מסמכים שיש לצרף לבקשה:

- חוות דעת מנומקת בכתב (נספח ב' לנוהל הועדה ההומניטארית מס' 5.3.0006) הקובעת כי מתקיימים טעמים הומניטריים מיוחדים וחריגים הקשורים למורכבות או לייחודיות הטיפול הסיעודי הנדרש למטופל, או לנסיבות אישיות אחרות של המטופל, תוך פירוט אותם טעמים או נסיבות, יודגש כי תתקבל רק חוות דעת העומדת בכל התנאים המופיעים בנוהל.
- מכתב בחתימת הרופא המטפל במטופל הסיעודי, המפרט את ההיסטוריה הרפואית של המטופל ואת מצבו הרפואי העדכני.
- טופס ויתור על סודיות חתום על ידי המטופל עצמו/ אפוטרופוס חוקי (נספח ג').
- במידה והמטופל הינו חסוי, יש לצרף לבקשה צו מינוי אפוטרופוס מקורי או העתק נאמן למקור.
- תצהיר העובד הזר אשר נחתם בפני עו"ד, בשפה המובנת לו (ואם אינו דובר אנגלית או עברית, אזי בתרגום נוטריוני לעברית) ולפיו:
 - א. הוא מסכים ומצטרף לבקשת המטופל הסיעודי להארכה חריגה של אשרתו.
 - ב. הוסבר לו והוא מבין כי אם הוא יחליט לחזור בו מהסכמתו לבקשת המטופל, יהא עליו לצאת מישראל תוך 30 ימים מיום ההחלטה והרשות רשאית שלא לאשר בקשה להעסקתו שתוגש על ידי מטופל אחר.
 - ג. הוא מבין כי אם הבקשה תאושר, הוא יהא רשאי לעבוד רק אצל אותו מטופל בגינו אושרה העסקתו החריגה, ובסיום העסקתו אצל אותו מטופל יהא עליו לצאת מישראל, הכל בהתאם לדין ולנהלי רשות האוכלוסין וההגירה.
 - ד. הוא מבין כי אם הבקשה של המטופל תידחה, יהא עליו לצאת מישראל והוא לא יהא רשאי להיכלל בבקשה של מטופל אחר.
 - ה. הוא מסכים שפרטי העסקותיו הקודמות בישראל, כפי שמופיעות במערכת הממוחשבת של הרשות, תובא לידיעת המטופל המבקש בהתאם לצורך וכי הוא מוותר על כל טענה של חיסיון או פרטיות המידע בקשר למידע זה.
 - ו. פירוט מצבו המשפחתי של העובד בארץ ובחו"ל והתחייבות להודיע על כל שינוי.
 - ז. כי הוא מסכים כי המצאת החלטות או דרישות בעניין הבקשה ללשכה הפרטית המגישה את הבקשה או למטופל סיעודי בכתובתו או כתובת דוא"ל כפי שצוין בטופס הבקשה או לכתובת דוא"ל של בן משפחה של המטופל או אפוטרופוסו כפי שצוין בבקשה שהוגש תהווה המצאה כדין לעובד הזר לכל דבר וענין וכי הוא יודע כי עליו לשמור על קשר עם הגורם המגיש את הבקשה על מנת שאלו יוכלו להעביר אליו לידיעה החלטות או דרישות של הרשות.
- מכתב הסבר מנומק וחתום על ידי המטופל הסיעודי/ בן משפחתו/ אפוטרופוסו החוקי, המפרט את הסיבות ההומניטריות החריגות בגין זקוק המטופל להמשך העסקתו בסיעוד של העובד הזר בעניינו מוגשת הבקשה.



נספח לנוהל 5.3.0006



מדינת ישראל

חוות דעת לבקשה לוועדה הומניטארית על פי סעיף 3א (ב) (2)
לחוק הכניסה לישראל

פרטי המטופל:

שם:	ת"ז:	גיל:	מצב אישי:
כתובת:			

הנני מתחייב כי:

- נפגשתי עם המטופל אשר פרטיו לעיל (להלן: "המטופל") במקום מגוריו ביום _____, קודם מתן חוות דעת זו.
- משך היכרותי עם המטופל הינו _____ חודשים/שנים.

במקרה שחוות הדעת מוגשת על ידי עובד סוציאלי יש למלא את המשבצת הרלוונטית:

- במקרה שחוות הדעת מוגשת על ידי לשכה פרטית: הנני עובד סוציאלי המוגדר כעובד בכיר בלשכה הפרטית המורשית _____ ואני בעל/ת ותק של 3 שנים לפחות בתחום.
- במקרה שחוות הדעת מוגשת על ידי עובד סוציאלי של הרשות המקומית: אני בעל ניסיון של שנתיים לפחות בתחום הסיעוד.

פירוט חוות הדעת:

****ניתן לצרף לטופס זה מידע רפואי ו/או כל מידע רשמי רלוונטי אחר.**

תאריך: _____ חותמת וחתימה: _____
1 (חתימה מקורית תוך ציון מספר רישיון לעיסוק במקצוע)

