



עובד/ת יקר/ה !

- הננו מקדמים בברכה הצטרפותך לסגל עובדי אוניברסיטת בן-גוריון.
עליך למלא את הטפסים המצורפים ונודה לך אם תעביר אלינו את האישורים הבאים :
1. צילום תעודת PHD .
 2. צילום תעודת זהות עם ספח פתוח/ דרכון+ B1 במידה ותושב חוץ.
 3. צילום תעודת עולה, במידה ויש.
 4. מילוי שאלונים אישיים המצ"ב :

* טופס 101

* בדיקות רפואיות

* הדרכת בטיחות

* ביטוח חיים

* קביעת זכאות לתשלום במקרה פטירה

* הסכם ניכוי דמי חבר לארגון/דמי טיפול ארגוני

* נספח לפנסיה- סעיף 14

* טופס הצטרפות לביטוח בריאות

לתשומת לבך- היעדר אחד האישורים/טפסים יעכב הטיפול בהכנת שכרך.

מידע לגבי זכויותיך וחובותיך במוסד תקבלי מהרפרנטית שתטפל בך אישית. במידה ובטרם מינויך לעמית/ת מחקר הועסקת באוניברסיטה יש להתייעץ עם המתאמת הרלוונטית לגבי הטפסים הנדרשים.

קבלת קהל במדור

המדור נמצא בבנין מנהלה וסנאט, קומה 1, חדר 124

ימים א'-ה' בין השעות 00:12-30:8

בין התאריכים 20-25 בכל חודש – אין קבלת קהל.

פקס : 6472964

רמ"ד - לילך דוידוביץ : טלפון : 08-6472618, דוא"ל : bananii@bgu.ac.il ע.

רמ"ד – אופיר בן-אהרון : טלפון : 08-6472688, דוא"ל : ofirbena@bgu.ac.il

יסמין רביב

מתאמת

08-6461082

ravivy@bgu.ac.il

קרן אביטבול

מתאמת

08-6479848

kerenbet@bgu.ac.il

גילי זר אביב

מתאמת

08-6472617

gilli@bgu.ac.il

קישור למדריך הסגל האקדמי הבכיר
קישור לנוהל למניעת הטרדה מינית

בברכה,

מדור סגל אקדמי בכיר

אגף משאבי אנוש

מדור סגל אקדמי בכיר

טל: 08- 6472618

פקס: 08- 6472964

דף מידע לחבר/ת סגל בכיר במסלול עמיתי מחקר

חבר/ת סגל יקר/ה
ברוך/ה הבאה/ה לאוניברסיטת בן-גוריון שבנגב.
דף זה מיועד להכוונה ראשונית של חבר/ת סגל חדשה/ה, בכדי לעזור בהתמצאות בנבכי היחידות, המערכות והכללים.

מערכות ממוחשבות

כתובת אלקטרונית: לאחר קבלת כתב מינוי חתום ע"י הנשיאה תקבל הודעת דואר אלקטרוני שתאפשר לך להתחיל תהליך מקוון של פתיחת הרשאה במערכות הממוחשבות של האוניברסיטה. במידה ולא קיבלת הודעה כנ"ל ניתן לפנות עם תעודה מזהה למפעילים באגף המחשוב אשר נמצאים בבנין 62 חדר 17. קבלת קהל בימים א – ה שעות 08:00 – 18:00. טלפון לברורים 6461161. על פי שמך ומספר תעודת זהות ימסרו לך את שם המשתמש והסיסמא שאיתם ניתן להיכנס לתא הדואר האלקטרוני האישי. במידה ויש בעיה ניתן לפנות לאחראי הרשאות בטלפון 6461743, חדר מספר 10. חברי סגל ששייכים לקמפוסים מרוחקים יפנו לאחראי ההרשאות ביחידתם:
מכונים לחקר המדבר: אחראי תקשורת מחשבים בטלפון 96713
קמפוס אילת: אחראי מחשוב בטלפון 64535
מדעי הבריאות: אחראי מחשוב בטלפון 77398
מודגש בזאת כי כל הדואר האלקטרוני הרשמי של יחידות המנהלה באוניברסיטה נשלח לחברי הסגל על פי הכתובת ב-BGU לכן הכרחי לעבוד עם הכתובת הנ"ל.
כמו כן, שם משתמש וסיסמא לדואר האלקטרוני של BGU הם גם הבסיס לכניסה לכל המערכות הממוחשבות של האוניברסיטה ולמאגרי המידע והדיווח השונים.

המערכת לניהול פיננסי ותקציבי: כל המחקרים והתקציבים מנוהלים במערכת הכספית "תפנית". לצורך קבלת גישה למערכת יש למלא את הטופס "[פתיחת חשבון במערכת תפנית](#)"
יש לשלוח את הטופס החתום ל"צוות מערכות מידע פיננסיות ותקציביות" שנמצא באגף הכספים, בנין מנהלה וסנאט קומה 0 חדר 12, טלפון 6472101.
לאחר קבלת הטופס ישלחו באימייל פרטי הכניסה למערכת. [למידע נוסף](#) אודות המערכת.

אגף משאבי אנוש:

להלן קישור לאתר האינטרנט של משאבי אנוש: באתר ניתן למצוא מידע שימושי רב כגון שכר, תנאים, נהלים, טפסים ועוד. מידע חשוב ניתן לראות ולעדכן [בקיוסק מידע סגל אקדמי](#) להלן פירוט התכולה:
[בקיוסק המידע](#) ניתן לדווח על הנתונים הבאים: ימי מחלה, שינוי שם, שינוי חשבון בנק. כמו כן הוא מכיל, יתרות של קרן קשרי מדע. [קיוסק מידע חילון נט מכיל](#) תלושי שכר, טופס 101 וטופס 106

ערכת טפסים לעובד חדש

על עובד חדש למלא את כל הטפסים בערכה ולהעביר למחלקת האם כדי לדווח את המינוי. אם יש שאלות לגבי הטפסים, יש לפנות למתאמת המטפלת במדור סגל אקדמי בכיר על פי המפורט מטה

מחלקת משאבי אנוש – סגל אקדמי:

שיחת קליטה

עם תחילת עבודתך מומלץ לקבוע פגישה עם רמ"ד סגל אקדמי בכיר בכדי לקבל הסבר מפורט על השכר וכל הזכויות הנלוות להעסקה. בנין מנהלת וסנאט, קומה 1 חדר 124 יש לתאם פגישה מראש במייל levilil@bgu.ac.il או בטל' 6472618.

מדור סגל אקדמי בכיר :

המדור נמצא בבניין מנהלה וסנאט, קומה 1, חדר 124

צוות מדור סגל אקדמי בכיר :

בראש המדור עומדת גבי' לילך דוידוביץ

טלפון : 6472618,

דוא"ל : levilil@bgu.ac.il

שם	תפקיד	תחומי אחריות	טלפון	פקס	דוא"ל
אופיר בן אהרון	ע. רמ"ד סגל אקדמי בכיר	משרות, דו"חות, בקרה, מחשוב וקליטת קבצים. טיפול בעמיתי מחקר ובחברי סגל בתכנית קמ"ע.	6472688	6472964	ofirbena@bgu.ac.il
גילי זר-אביב	מתאמת	הפקולטה למדעי הרוח והחברה, המכונים לחקר המדבר, קמפוס אילת, היחידה הקדם אקדמית, תלמידי חו"ל, נוער שוחר מדע, המכון למורשת בן-גוריון עובדים המועסקים בתשלום לפי שעות (דרוג 27).	6472617	6472964	gilli@bgu.ac.il
יסמין רביב	מתאמת	הפקולטה למדעי הבריאות, מועסקים ע"ח מענקי מחקר.	6461082	6472964	ravivy@bgu.ac.il
קרן אביטבול	מתאמת	הפקולטה למדעי ההנדסה, הפקולטה למדעי הטבע והפקולטה לניהול.	6479848	6472964	kerenbet@bgu.ac.il

תנאים וזכויות: מדור זה אחראי על השכר והתנאים הסוציאליים והאקדמיים הנלווים למינוי.

באתר האינטרנט של משאבי אנוש נמצא [נהל העסקת עמיתי מחקר](#). במדריך זה ניתן למצוא את פרוט התנאים והזכויות של חברי הסגל במסלול זה.

תעודת עובד: לאחר קבלת כתב מינוי חתום ע"י הנשיאה, ניתן לגשת למחלקת הביטחון לצורך הוצאת תעודת עובד. משרדי

מחלקת הביטחון בבנין 26, חדר 101 (גישה ממדרגות חיצוניות).

זמני קבלת קהל ימים א – ה, שעות: 09:00 – 15:00. טלפון לברורים 6461553/4

תווית חניה

כניסה באופן קבוע לאוניברסיטה עם רכב אפשרית בעזרת תווית חניה בלבד. עם הוצאת תעודת עובד ניתן באותו משרד (מחלקת ביטחון) גם תווית חניה.

סדנת הוראה

כל חבר/ת סגל חדש/ה מוזמנ/ת להשתתף בסדנא מרוכזת בנושא מיומנויות הוראה אקדמית. הסדנא הכוללת שני מפגשים מפגשים, מוצעת ע"י היחידה לפיתוח אקדמי וקידום ההוראה בכל שנה. פרטים נוספים ניתן לראות

[באתר המרכז](#)

ספריה

לצורך פתיחת כרטיס השאלה בספריה יש להגיע לספריה עם תעודת עובד לחדר 204 בשעות 08:30 – 14:45. טל' 6461411.

הזרכת בטיחות

כל חבר/ת סגל חדש/ה באוניברסיטה חייב/ת לעבור הזרכת בטיחות. בערכת הטפסים שקיבלת ממשאבי אנוש נמצא מכתב הזמנה עם תאריכים אפשריים להזרכה. יש לבחור את [אחד התאריכים](#) ולהגיע להזרכה בהתאם.

בדיקות רפואיות

כל חבר/ת סגל חדש/ה העובד עם חומרים מסוכנים המפורטים במחלקת הבטיחות חייב/ת לעבור בדיקות רפואיות של המרפאה התעסוקתית. בערכת הטפסים שתקבלי/י עם תחילת עבודתך נמצאים טפסי ההנחיות. במידה ולא ברור האם החומרים איתם עובדים הם מסוכנים יש לפנות למחלקת הבטיחות.

מידע חשוב

אתר האינטרנט של האוניברסיטה

דרך אתר זה ניתן לנווט לכל היחידות, הנהלים, המערכות והטפסים של האוניברסיטה.

תקנון אקדמי וקוד אתי: באתר מזכירות אקדמית וסנאט ניתן למצוא את התקנון האקדמי, הקוד האתי, פרוטוקולים של ישיבות הסנאט ועוד.

ספר טלפונים ממוחשב: לאוניברסיטה יש ספר טלפונים וכתובות דוא"ל פנימי.

ארגון הסגל האקדמי

ארגון הסגל האקדמי הבכיר הוא ארגון העובדים היציג של חברי הסגל האקדמי הבכיר. ועד הסגל מבטח את חברי הסגל בביטוח בריאות נוסף. הודעות מרוכזות על מבצעים, הנחות ואירועי תרבות מופיעות באתר ועד הסגל הפניה לאירועים מיוחדים תשלח דרך רשת הדואר האלקטרוני. על מנת להצטרף לרשת של ארגון הסגל, ניתן לשלוח דוא"ל ל: nogay@bgu.ac.il ולבקש להצטרף לרשת.

מספר הטלפון במשרד ועד הסגל הוא 61049 (פנימי) ומחוץ לאוניברסיטה 08-6461049. צות הועד יעמוד לרשותכם, בכל עניין, בכל יום בין 8:30 ל 13:00.

מפת האוניברסיטה

במפה אינטראקטיבית של קריית האוניברסיטה על שם משפחת מרקוס ניתן לראות את פירוט המבנים ושמותיהם. כמון כו, גם במפה בגירסת PDF ניתן לראות את פירוט מיקומם של היחידות והאגפים שהוזכרו בדף זה.

דברי הסבר למילוי טופס 101

עובד יקר,

על פי הנחיות רשות המיסים, נדרש כל עובד למלא טופס 101 בראשית כל שנת מס (שנת מס לעניין מס הכנסה מתחילה ב-1 בינואר כל שנה).

מצי"ב טופס פרטיך האישיים (ט. 101) כפי שקיים במערכת השכר. במידה ויש שינויים יש לסמן במקום הרלוונטי ולצרף אסמכתאות כנדרש.

במקרים בהם נדרש לצרף אסמכתאות יש לצרף אסמכתאות גם כשאין שינוי.

על פי תקנות מס הכנסה, בהיעדר מילוי הטופס, המעביד מחויב לנכות את המס המקסימאלי.

להלן הדגשים למילוי הטופס:

א. כשאין עדכונים בפרטים האישיים בטופס יש להתייחס לבאים:

1. סעיף ה לטופס

ה. פרטים על הכנסות אחרות

אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות (1)

יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:

משכורת חודש (2)

קצבה (4)

משכורת בעד משרה נוספת (3)

מלגה (5)

משכורת חלקית (6)

שכר עבודה (עובד זיכוי) (7)

ממקור אחר

אם יש לך הכנסה אחרת, נא סמן:

אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותם בהכנסה אחרת (8)

אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להם כנגד הכנסה זו (8)

אין מפרשיים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת (9)

אין מפרשיים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה מצורפות להכנסתי האחרת (10)

* במידה והעבודה באוניברסיטת בן-גוריון הינה העבודה

העיקרית/היחידה חובה לציין זאת. אין לי הכנסות אחרות.

* במידה ויש הכנסות אחרות או מלגות יש לסמן ברובריקות

המתייחסות להכנסה האחרת ולסמן כמצוין בטופס.

על מנת שלא ינוכה מס מקסימאלי במקרה של בקשת נקודות הזיכוי

במקום העבודה האחר, יש להמציא תאום מס.

עובדים שאין להם הכנסה נוספת ומקבלים מלגה רשאים לקבל את

נקודות הזיכוי ממס כנגד הכנסה זו, לצורך כך עליהם לסמן כדלקמן:

- יש לי הכנסות נוספות.
- מלגה.
- אבקש לקבל נקודות זיכוי כנגד הכנסתי זו.

2. סעיף ג' לטופס:

ג. פרטים על ילדי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה

סמן/י ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחיקוק

בטור 2 אם את/ה מקבלת/ת בנטו קצבת ילדים מבילי*

1	2	שם	מספר זהות	תאריך לידה

יש להקפיד למלא את טור 1 ואת טור 2.

לגבי טור 2, במקרה של בני זוג נשואים קצבת ביטוח לאומי ניתנת

לאישה, לפיכך גבר נשוי אינו מקבל את הקצבה ואינו נדרש

להתייחס לטור 2.

לתשומת ליבך, על מנת לקבל נק' זיכוי בגין ילדים, חובה להתייחס

בסעיף ח' לתתי סעיפים 7 או/ו 8 הרלוונטים לעניין.

ב. עדכונים בנתונים קיימים:

1. ככל שקיים עדכון בנתונים הקיימים, יש להמציא אסמכתאות כדלקמן:

- שינוי בכתובת העובד: יש להמציא צילום ת.ז. + הספח או חוזה שכירות.

- הנחת ישוב מיוחד: יש להמציא מדי שנה אישור (טופס 1312א) מהרשות המקומית. במקביל, יש לסמן בטופס

101 בסעיף ח(3).

- עדכון ילדים נוספים יש לצרף צילום תעודת זהות + ספח

2. במידה וסומן אחד מסעיפי ח' המתייחס לבקשה לפטור או זיכוי יש לצרף את הטופס/האסמכתאות הנדרשות

כמצוין בטופס 101.

לא לשכוח לחתום בסוף העמוד ולצרף צילום תעודת זהות כולל הספח!

יש לשלוח הטפסים למחלקת שכר בית הסנאט חדר 129 או לת.ד. 653, בכל הבהרה ניתן לפנות לחדר 31 קומה 0 למאיר פרץ / או לטלפונים הבאים:

מאיר פרץ 08-6472691, ניצה ענבר 08-6461304, נורית ריבלין 08-6461303
שרה חרוני 08-6472610, שונטל כהן 08-6472611, ענבל בן דוד 08-6428415

בברכה מחלקת שכר

כרטיס עובד⁽¹⁾



סמ"י ✓ בריבוע המתאים

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד⁽¹⁾

לפי תקנות מס הכנסה (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה), התשנ"ג - 1993

שנת המס

טופס זה ימלא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (א"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעביד למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת⁽¹⁾ העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים. {ראה הסברים (לפי המספרים) מעבר לדף}

א. פרטי המעביד (למילוי ע"י המעביד)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
			9

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורף בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים)

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
כתובת פרטית	מספר טלפון	מספר טלפון נייד		
רחוב/שכונה	מספר	עיר/ישוב	מיקוד	קידומת
מין	מצב משפחתי	תושב ישראל	חבר קיבוץ/מושב שיתופי	חבר בקופת חולים
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרוש/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש)	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם הקופה
כתובת דואר אלקטרוני				

ג. פרטים על ילדיי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות) ד. פרטים על הכנסותיי ממעביד זה

סמ"י ✓ ליד שם הילד:		בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך		בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגיניו קצבת ילדים מ"ל	
1	2	שם	מספר זהות	תאריך לידה	

אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)

משכורת חודש⁽²⁾

משכורת בעד משרה נוספת⁽³⁾

משכורת חלקית⁽⁴⁾

שכר עבודה (עובד יומי)⁽⁵⁾

קצבה⁽⁶⁾

מלגה⁽¹⁾

ה. פרטים על הכנסות אחרות

אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות⁽¹⁾

יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:

משכורת חודש⁽²⁾

משכורת בעד משרה נוספת⁽³⁾

משכורת חלקית⁽⁴⁾

שכר עבודה (עובד יומי)⁽⁵⁾

קצבה⁽⁶⁾

מלגה⁽¹⁾

ממקור אחר

אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמ"י:

אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת⁽⁷⁾

אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו⁽⁸⁾

אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת⁽⁹⁾

אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת⁽¹⁰⁾

ו. פרטים על לבן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
<input type="checkbox"/> אין לבן/בת הזוג כל הכנסה		<input type="checkbox"/> יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: <input type="checkbox"/> עבודה/קצבה/עסק <input type="checkbox"/> הכנסה אחרת		

ז. שינויים במהלך השנה (כולל שינויים הקשורים לבקשה להקלה בחישוב המס מעבר לדף)

תאריך השינוי	פרטים	תאריך ההודעה	חתימת העובד/ת
		/ /	
		/ /	
		/ /	

1 אני תושב/ת ישראל.

2 אני נכה 100% / עיוורת/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בפרק ה כי "אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.

3 אני תושב/ת קבועה/ בישוב מוזכה (13) מתאריך _____. אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312 א.

4 אני עולה חדשה/ה תושב/ת חוזר/ת מתאריך _____.
לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____.
מי שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תיקונים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה.
חובה לצרף: תושב/ת חוזר/ת - אישור משרד הקליטה (תעודת "תושב חוזר" מעל 6 שנים). עולה חדשה/ה - תעודת עולה.

5 בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס.
רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיע/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוור/ת עפ"י סעיף 9(5) לפקודה.

6 אני הורה במשפחה חד הורית(11) החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.

7 בגין ילדיי שבחזקתי המפורטים בחלק ג.
ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד(12).
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 18 שנים בשנת המס _____.
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד חמש שנים בשנת המס _____.
 מספר ילדים אחרים שטרם מלאו להם 19 שנים _____.

8 בגין ילדיי הפעוטים. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד(12).
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 3 שנים בשנת המס _____.
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת ו/או שנתיים בשנת המס _____.

9 אני הורה יחיד(12) לילדיי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 7 ו-8 לעיל).

10 בגין ילדיי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם.
ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.

11 אני הורה לילד נטול יכולת שטרם מלאו לו 19 שנים, בגינו אני מקבל/ת גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי. מצורף אישור גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי לשנה נוכחית. בן זוגי אינו מקבל נקודות זיכוי אלה. לילדי, בגינו אני מבקש את נקודות הזיכוי, אין הכנסות בשנה הנוכחית.

12 בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. מצורף פסק דין.

13 מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.

14 אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____.
מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.

15 בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמך/י ✓ בריבוע המתאים)

1 לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעביד זה.
הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור משטרת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלה וכיו"ב. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה.
2. דמי לידה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.

2 יש לי הכנסות נוספות ממשכורת(1) כמפורט להלן:

המס שנוכה	הכנסה חודשית	סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)	ה מ ע ב י ד / מ ש ל מ ש כ ו ר ת (1)		
			ש	כ ת ו ב ת	מספר תיק ניכויים
					9
					9
					9

3 פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.

י. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשמטה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעביד על כל שינוי שיחול בפרטיי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

_____ תאריך
_____ חתימת המבקש/ת

דברי הסבר למילוי טופס 101

- (1) "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעביד" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכיו"ב.
(2) "עבודה" לרבות קבלת משכורת. "מלגה" לרבות מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
(3) משכורת חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש.
(4) משכורת בעד משרה נוספת - משכורת בעד עבודה של יותר מ- 5 שעות ביום, נוסף למשכורת ו/או בנוסף לקצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת בעד משרה נוספת".
(5) משכורת חלקית - משכורת בעד עבודה של 5 שעות או פחות ליום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ-5 שעות ליום אך פחות מ-8 שעות בשבוע.
(6) שכר עבודה - משכורת בעד עבודה של פחות מ- 18 יום בחודש אך לא פחות מ- 8 שעות בשבוע. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאינה ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
(7) קצבה - משכורת שהיא הכנסה יחידה ינוכה מס לפי לוח הניכויים. אם יש הכנסות נוספות - ינוכה מס בשיעור מירבי או על-פי תיאום מס מפקיד השומה. אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.
(8) אם העובד לא מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
(9) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
(10) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"ש.
(11) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
(12) הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
(13) ישוב מוזכה - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.



הדרכת בטיחות לעובדים חדשים

על פי תקנות ארגון הפיקוח על העבודה (1984) חלה חובה על המעסיק לדאוג להדרכת בטיחות לעובדיו וחובה על כל העובדים להשתתף בהדרכה זו, סמוך ככל האפשר לתחילת עבודתם באוניברסיטה. [יש להירשם ולבחור מועד לביצוע ההדרכה בקישור](#), במועד הסמוך ככל האפשר לתחילת עבודתך.

להשתתפותך בהדרכות חשיבות רבה על מנת להימנע מסיכונים לך ולסביבתך.

אי הגעה להדרכה היא עברת משמעת על כל המשתמע מכך.

בנוסף אישור כניסה קבוע לאוניברסיטה מותנה בהשתתפותך בהדרכת הבטיחות. האישור הזמני שבידך יפקע היה ולא תשתתף בהדרכה בתוך חודש מתחילת עבודתך.

[] הנני מאשר/ת את השתתפותי בהדרכת בטיחות בתאריך _____

הנני מועסק באוניברסיטה באמצעות מדור: סגל מנהלי וטכני / סגל אקדמי

שם העובד/ת	_____	ת.ז.	_____
תפקיד	_____	מחלקה	_____
טלפון במחלקה	_____	תאריך	_____
כתובת דוא"ל	_____	חתימה	_____

תפוצה: 1. העובד 2. מחלקת בטיחות 3. _____ 4. תיק אישי

שם הממונה

בברכה,

הודיה סבן

רכזת הדרכות בטיחות



אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

אגף משאבי אנוש

טלפונים:

משאבי אנוש סגל אקדמי-08-6461305

משאבי אנוש סגל מנהלי וטכני--08-

6461308

הצטרפות לביטוח חיים

פרטי העובד

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
אגף/ פקולטה	מחלקה	e-mail
מס' טל'	מס' טל' נייד	תאריך לידה

הצטרפות לביטוח חיים

איש סגל יקר,
 האוניברסיטה מאפשרת הצטרפות לביטוח חיים ריזיקו קבוצתי.
 התשלום בקרות מקרה ביטוח בשנת 2014 עומד על סך של כ- 150,000 ₪.
 האוניברסיטה משלמת בגין עובד הבוחר להצטרף להסדר מחצית מסכום הפרמיה מידי שנה ומנכה משכרו של העובד את המחצית השנייה. את סכום הניכוי ניתן לברר באגף משאבי אנוש במדור הרלוונטי עבורך.

תוקפו של ביטוח זה יחול רק ממועד התחלת הניכוי בפועל משכר העובד ולא ממועד החתימה על הטופס.

אני מאשר/ת ניכוי עבור ביטוח חיים משכרי

אינני מעוניין להצטרף לביטוח חיים

לתשומת לבך, אי מילוי הטופס יחשב כוויתור על ההסדר, והוא לא יחול עלייך.

הערות:

- תוקף ביטוח כפל פיצוי במקרה של מוות מתאונה ו/או נכות צמיתה מתאונה חו"ח הינו עד גיל 70.
- תוקף ביטוח חיים ריסק בלבד – במקרה של מוות חו"ח הינו עד גיל 71.

שם פרטי ושם משפחה	חתימה	תאריך



אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
אגף משאבי אנוש

משאבי אנוש סגל אקדמי: 08-6461305
משאבי אנוש סגל מנהלי וטכני: 08-6461308

קביעת זכאות לתשלום לשארים

פרטי העובד

										שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
										אגף/פקולטה		מחלקה
מס' טל'			מס' טל' נייד			פקס			e-mail			

הצהרת העובד

אני הח"מ מבקש כי ביטוח החיים, משכורתי וכל תשלום אחר אשר יגיעו לי מכך ביום פטירתי, עקב עבודתי באוניברסיטת בן-גוריון בנגב ישולמו לאדם ששמו נקוב להלן (או לרשומים להלן) בחלקים המצויינים מול שמותיהם:

שם משפחה	שם פרטי (מלא)	מס' זהות	חלק ב- %	קירבה משפחתית (פרט)
				אח/אחות/הורה נתמך/בן/בת זוג/ילד/ילדה/אחר

ייפוי כוח

										הנני מיפה את כוחו של	שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------------	---------	----------	----------

להיכנס לחשבון הדוא"ל במקרה של פטירתי חו"ת.
הצהרה זו מבטלת כל הצהרה קודמת אשר נתתי בעניין זה.
אני החתום מטה ממנה בזה את אוניברסיטת בן-גוריון בנגב להיות בא כוחי ולחתום על כל מסמך כהגדרתו בחוק פיקוח על עסקי ביטוח (תיקון מס' 4 תשמ"ט 1979).

										שם פרטי ושם משפחה	חתימה	תאריך
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------	-------	-------



חבר סגל יקר/ה

הנדון: בדיקות רפואיות בקבלה לעבודה

עובד/ת חדש/ה חייב/ת בביצוע בדיקות רפואיות כלליות תוך חודשיים מתחילת העבודה במידה והוא/היא חשוף לגורמים המפורטים מטה בזמן העבודה.
אי ביצוע בדיקות רפואיות לעובדים (על פי סוג החשיפה) מהווה עבירה על תקנות הבטיחות!! ולכן זוהי אחריותך האישית לבצע בדיקות אלה.

יש לציין ליד כל גורם האם תהיה/י חשוף/ה או לא:

1. חשיפה לקרינה מייננת: לא _____ כן _____
2. חשיפה לרעש מזיק: לא _____ כן _____
3. חשיפה לחומרים מסוכנים: לא _____ כן _____ במידה וציננת כן, יש לציין מה הם החומרים:

_____ , _____ , _____ , _____

את הטופס חובה להחזיר יחד עם ערכת הטפסים לאגף משאבי אנוש.

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת.ז. _____

מחלקה: _____ טלפון נייד: _____ email: _____

חתימה _____ תאריך: _____

שם הממונה: _____ תפקיד: _____ חתימה: _____

פרטי ממונה להתקשרות (דואר אלקטרוני וטלפון): _____

במידה והנך בהריון ועובדת במעבדה, נא פני מיידית למחלקת הבטיחות לטלפון: 08-6461551. כמו כן, מחובתך לדווח למנהל המעבדה.

ב ב ר כ ה,

אגף משאבי אנוש

להלן טופס הצטרפות לארגון העובדים של הסגל האקדמי הבכיר.
עליך לבחור בין 3 האפשרויות המופיעות בהמשך.

אל: **מדור סגל אקדמי בכיר**

אני, הח"מ, _____, ת.ז. _____, מצהיר/ה בזאת
כי:

אני מעוניינת להצטרף כחברה/ה לארגון הסגל האקדמי הבכיר של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
ומבקשת בזאת שהאוניברסיטה תנכה משכרי דמי חבר בשיעור שהארגון יקבע ותעבירם לארגון.

אני חברה/ה בארגון עובדים אחר, שם הארגון: _____ . (יש
להעביר למדור סגל אקדמי בכיר אישור על חברות בארגון).

איני מעוניינת להיות חברה/ה בארגון עובדים כלשהו.*

* "האוניברסיטה תגבה מכל עובד שאינו חבר ארגון, ושלא הציג בפניה אישור חברות בארגון עובדים
אחר, דמי טיפול מקצועי-ארגוני בשיעור שיקבע על ידי הארגון, ולא יותר מהשיעור הקבוע בתקנות
הגנת השכר (מקסימום דמי טיפול מקצועי-ארגוני), תשמ"ח – 1988, כפי שיעודכן מעת לעת. זאת,
כל עוד הארגון הוא ארגון יציג של העובדים, כמשמעו בסעיף 3 בחוק הסכמים קיבוציים, תשי"ז –
1957, ובכפוף להוראות כל דין".

חתימה _____

תאריך _____



הסכם

שנערך ונחתם בבאר שבע ביום _____

בין

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

שכתובתה ת"ד 653 באר שבע 84105

(להלן "המעביד")

מצד אחד

לבין

נושא ת.ז. שמספרה _____

שכתובתו _____

(להלן "העובד")

מצד שני

הוסכם, הוצהר והותנה בזאת בין הצדדים כדלקמן:

1. העובד מסכים בזאת שהפרשות המעביד עבורו לקרן פנסיה/ קופת ביטוח בשיעור של 6% אחוזים מהשכר המופטר יבואו במקום פיצויי פיטורים על פי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים, התשכ"ג-1963, והאישור הכללי בדבר תשלומי מעבידים לקרן פנסיה ולקופת ביטוח במקום פיצויי פיטורים, שהוצא מכוחו (ושהעתקו מצ"ב כנספח א' להסכם זה).
2. המעביד מוותר בזאת מראש על כל זכות שיכולה להיות לו להחזר כספים מתוך תשלומים, אלא אם כן נשללה זכות העובד לפיצויי פיטורים בפסק דין מכוח סעיפים 16 או 17 לחוק ובמידה ונשללה או שהעובד משך כספים מקרן הפנסיה או מקופת הביטוח שלא בשל אירוע מזכה; לענין זה, " אירוע מזכה" - מוות, נכות או פרישה בגיל שישים או יותר.
3. אין באמרו בהסכם זה כדי ליצור לעובד זכות להפרשת תשלומים לקרן פנסיה/קופת ביטוח, אלא במידה שזכות כזאת מוקנית לו בהסכם עבודה אישי ו/אן קיבוצי או על פי הוראות צו ההרחבה לביטוח פנסיוני מקיף במשק.
4. **העובד מאשר שחתם על הסכם זה מרצונו החופשי ולאחר ששקל את כל הפרטים הרלבנטיים.**

ולראייה באו הצדדים על החתום:

המעביד

העובד

נספח א'

אישור כללי בדבר תשלומי מעבידים לקרן פנסיה ולקופת ביטוח במקום פיצויי פיטורים לפי חוק פיצויי פיטורים התשכ"ג-1963.

בתוקף סמכותי לפי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים, התשכ"ג-1963 (להלן - החוק), אני מאשר כי תשלומים ששילם מעביד החל ביום פרסומו של אישור זה, בעד עובדו לפנסיה מקיפה בקופת גמל לקצבה שאינה קופת ביטוח כמשמעותה

בתקנות מס הכנסה (כללים לאישור ולניהול קופות גמל), התשכ"ד-1964 (להלן - קרן פנסיה), או לביטוח מנהלים הכולל אפשרות לקצבה או שילוב של תשלומים לתכנית קצבה ולתכנית שאינה לקצבה בקופת ביטוח כאמור (להלן - קופת ביטוח), לרבות תשלומים ששילם תוך שילוב של תשלומים לקרן פנסיה ולקופת ביטוח בין אם יש בקופת הביטוח תכנית לקצבה ובין אם לאו (להלן - תשלומי המעביד), יבואו במקום פיצויי הפיטורים המגיעים לעובד האמור

בגין השכר שממנו שולמו התשלומים האמורים ולתקופה ששולמו (להלן - השכר המופטר), ובלבד שנתקיימו כל אלה :

1. תשלומי המעביד -

א. לקרן פנסיה אינם פחותים מ-14% מן השכר המופטר או 12% מן השכר המופטר אם משלם המעביד בעד עובדו בנוסף לכך גם תשלומים להשלמת פיצויי פיטורים לקופת גמל לפיצויים או לקופת ביטוח על שם העובד בשיעור של 2% מן השכר המופטר. לא שילם המעביד בנוסף ל-12% גם 2% כאמור, יבואו תשלומיו במקום 72% מפיצויי הפיטורים של העובד בלבד ;

ב. לקופת ביטוח אינם פחותים מאחד מאלה :

1. 13% מן השכר המופטר, אם משלם המעביד בעד עובדו בנוסף לכך גם תשלומים להבטחת הכנסה חודשית במקרה אובדן כושר עבודה, בתכנית שאישר הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר, בשיעור הדרוש להבטחת 75% מן השכר המופטר לפחות או בשיעור של 21/2% מן השכר המופטר, לפי הנמוך מביניהם (להלן - תשלום לביטוח אובדן כושר עבודה)

2. 11% מן השכר המופטר, אם שילם המעביד בנוסף גם תשלום לביטוח אובדן כושר עבודה, ובמקרה זה יבואו תשלומי המעביד במקום 72% מפיצויי הפיטורים של העובד, בלבד ; שילם המעביד נוסף על אלה גם תשלומים להשלמת פיצויי פיטורים לקופת גמל לפיצויים או לקופת ביטוח על שם העובד בשיעור של 2% מן השכר המופטר, יבואו תשלומי המעביד במקום 100% פיצויי פיטורים של העובד.

2. לא יאוחר משלושה חודשים מתחילת ביצוע תשלומי המעביד נערך הסכם בכתב בין המעביד לבין העובד ובו -

א. הסכמת העובד להסדר לפי אישור זה בנוסח המפרט את תשלומי המעביד ואת קרן הפנסיה וקופת הביטוח, לפי העניין ; בהסכם האמור ייכלל גם נוסחו של אישור זה ;

ב. ויתור המעביד מראש על כל זכות שיכולה להיות לו להחזר כספים מתוך תשלומיו, אלא אם כן נשללה זכות העובד לפיצויי פיטורים בפסק דין מכוח סעיפים 16 או 17 לחוק ובמידה שנשללה או שהעובד משך כספים

מקרן

הפנסיה או מקופת הביטוח שלא בשל אירוע מזכה ; לעניין זה, "אירוע מזכה" - מוות, נכות או פרישה בגיל שישים או יותר.

3. אין באישור זה כדי לגרוע מזכותו של עובד לפיצויי פיטורים לפי החוק, הסכם קיבוצי, צו הרחבה או חוזה עבודה, בגין שכר שמעבר לשכר המופטר.

ט"ו בסיון התשנ"ח (9 ביוני 1998)

אליהו ישי

שר העבודה והרווחה



חבר/סגל אקדמי - שלום וברוכה הבאה

הנדון: בטוח בריאות לעובדי הסגל האקדמי הבכיר.

שלום רב,

במסגרת הצטרפותך לאוניברסיטת בן גוריון בנגב, תבוטח/י בבטוח בריאות ללא עלות (ע"ח ועד הסגל האקדמי).

צירוף בני משפחה בתשלום.

הצטרפותך והצטרפות בני המשפחה, מותנת במילוי הטופס המצ"ב והגשתו למשרדי הוועד או ללהבים סוכנות לביטוח וזאת עד 90 יום ממועד תחילת העבודה.

לאחר 90 יום יש למלא טופס עם הצהרת בריאות.

מחיר הביטוח: מבוגר בן משפחה - 89 ₪ לחודש

ילד עד גיל 26 - 30 ₪ לחודש

החל מהילד השלישי חינם.

עובד ללא עלות

ברצונינו להדגיש כי ללא הגשת הטופס למשרדנו או במייל – אתה/ת ובני המשפחה לא תצורפו לביטוח הבריאות.

הצירוף לביטוח יהיה חודש מיום הגשת הטפסים.

ניתן לשלוח את בקשת ההצטרפות בדואר האלקטרוני **רק**

ללהבים סוכנות לביטוח והעתק למשרד הוועד

lehavimak@gmail.com להלן מייל להבים סוכנות לביטוח

segelacad@bgu.ac.il

להלן מייל הוועד