



מדינת ישראל
State Of Israel



**הצהרה של מעסיק
המבקש לעבור ללשכה אחרת
ענף הסיעוד**

פרטי המעסיק

שם המטופל :

מספר ת.ז. :

מספר טלפון נייד :

כתובת מגורים :

**במקרה שבקשת המעבר מוגשת באמצעות קרוב משפחה או אפוטרופוס של
המעסיק:**

שם קרוב המשפחה/האפוטרופוס :

מספר ת.ז. :

הקרבה למעסיק :

מספר טלפון נייד :

פרטי הלשכה הקודמת

שם הלשכה :

סמל מעסיק :

ח.פ. :

תאריך רישום הלשכה הקודמת :

תאריך עזיבת הלשכה הקודמת :

נסיבות העזיבה

פרטי הלשכה החדשה

שם הלשכה: אופק רגב עובדים זרים בע"מ

סמל מעסיק: 211095549

ח.פ.: 513981670

אני הח"מ, _____, נושא ת.ז. מספר _____
מצהיר בזאת כדלהלן:

1. סמן אחד:
 - א. אני המטופל הנ"ל בעל היתר בתוקף להעסיק עובד זר בענף הסיעוד.
 - ב. אני אפוטרופוס חוקי של המטופל הנ"ל ע"פ _____ (מצ"ב).
 - ג. אני בן משפחה בדרגה ראשונה של המטופל, ומסכים לקבל אחריות משותפת עם המטופל כמעסיקו של עובד זר עבור המטופל. ידוע לי כי העובד הזר רשאי לעבוד במתן טיפול סיעודי למטופל בלבד.
2. אני מבקש להירשם/לרשום את המטופל בלשכה הפרטית החדשה לפי פרטיה המצויינים לעיל.
3. ידוע לי כי על פי הנהלים בענף הסיעוד, כמפורט בהיתר להעסיק את המטופל, לא אהיה רשאי להעסיק עובד זר עבורי/עבור המטופל, אם המטופל ועובדו הזר לא יהיו רשומים בלשכה פרטית אשר תדווח למדור התשלומים ברשות האוכלוסין, ההגירה ומעברי הגבול על העסקת העובד הזר על ידי וכן על כל שינוי בעניין זה.
4. ידוע לי כי העסקת עובד זר בסיעוד ללא שהמעסיק והעובד נרשמו בלשכה, מהווה עבירה על החוק וכן חושף את העובד הזר לסכנת מעצר או הרחקה מישראל.
5. ידוע לי כי אני רשאי להחליף את הלשכה בה אני רשום, בתנאי שארשם בלשכה אחרת.
6. ידוע לי כי במקרה שאפטר את העובד הזר, או במקרה שהעובד יעזוב או יתפטר מעבודתו, עלי להודיע על כך ללשכה באופן מיידי.
7. אני מסכים כי נציג הלשכה יגיע לביתי/לבית המטופל מפעם לפעם לאחר תיאום מראש לצורך הדרכה, הסברה, בדיקת תנאי העסקת העובד הזר והתאמת העובד לצרכי המטופל, וכן לצורך סיוע בפתרון בעיות שיתעוררו.
8. קיבלתי העתק מסמך זה לידי.

חתימת המעסיק

תאריך

הצהרת מנכ"ל הלשכה הפרטית החדשה:

הנני מצהיר כי המטופל/המעסיק _____ ת.ז. _____ חתם על
הצהרה הנ"ל בפני לאחר שהבין את תוכן הדברים. כמו כן הנני מצהיר כי הבאתי העתק צילומי
של טופס זה לידי.

חתימה

תאריך

