

Ministry of Interior
of Population Immigration
and Border Authority



משרד הפנים
רשות האוכלוסין, ההגירה
ומעברי הגבול
אגף מת"ש



מדינת ישראל
State Of Israel



תאריך _____

הצהרה של מעסיק
המבקש להירשם בלשכה (רישום ראשוני) - ענף הסיעוד

פרטי המטופל

שם המטופל: _____
ת.ז.: _____
טלפון/פלאפון: _____
היתר מספר: _____ בתוקף עד: _____

פרטי המעסיק (יש למלא חלק זה רק במקרים בהם המטופל אינו מסוגל לשמש מעסיק).
המעסיק יכול להיות אפוטרופוס חוקי או בן משפחה מקרבה ראשונה המבקש לקבל אחריות כמעסיק של העובד הזר המטפל בקרוב המשפחה):

שם: _____
ת.ז.: _____
טלפון/פלאפון: _____

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 כמעסיקו של עובד זר עבור המטופל מול אותו עובד.
2. ברצוני להירשם בלשכה החדשה לפי פרטיה המופיעים לעיל.
3. ידוע לי כי על פי הנהלים החדשים 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 המועסק על ידי, 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