



## בקשה לתשלום גמלה בכסף למעסיק של מטפל צמוד

### לידיעתך

- ✎ בקשה זו ניתן להגיש כאשר לזכאי טיפול בהיקף של לפחות 6 ימים בשבוע ובכל אחד מהם לפחות 12 שעות ביממה, והוא מתגורר באזור ניסוי.
- ✎ המטפלים בזכאי חייבים להיות בגירים מעל גיל 18.
- ✎ המטפל אינו יכול להיות "בן משפחה" (הורה, בן זוג, אח, אחות, בן, בת, גיס, גיסה, הוריהם וילדיהם ובני זוגם של כל אחד מאלה) ההגדרה של "בן משפחה" כוללת נכד, אחיין, חתן, כל אלה אינם יכולים לשמש כמטפלים.

### חובה לצרף לטופס זה

#### לגבי כל אחד מהמטפלים:

- ✎ חוזה כתוב וחתום על ידי הצדדים המפרט את היקף העבודה ותנאי השכר.
- ✎ למטפל שהוא "עובד זר" יש לצרף בנוסף:
- ✎ היתר של משרד הפנים להעסקת עובד זר. ההיתר חייב להיות על שם הזכאי או על שם בן משפחה הגר איתו.
- ✎ צילום של הדף בדרכון המטפל, בו מוטבע אישור ממשרד הפנים לעבוד בתחום הסיעודי.

### כיצד יש להגיש את התביעה

- ✎ עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.
- ✎ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות וברורים יש לפנות לטלפון \*6050 או 04-8812345 או 02-6463456
- ✎ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

בקשה לתשלום גמלה בכסף  
למעסיק של מטפל צמוד

עמוד 1 מתוך 5

מס' זהות / דרכון		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
סוג המסמך	דפים	

חותמת קבלה

**1 פרטי מגיש הבקשה**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS		
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד

**2 פרטים על מי שגר עם הזכאי (לא כולל מטפלים)**

שם	קירבה/קשר	האם נזקק לעזרה בניידות, רחצה, אכילה, הלבשה?	האם מקבל גמלת סיעוד או גמלה אחרת בשל מוגבלות?
.1			
.2			
.3			

**3 פרטי מטפלים**

שם	ת.ז./דרכון	קרבה/קשר	שנת לידה	מין	מטפל: זר או צמוד?	תאריך תחילת עבודה
.1						
.2						
.3						

**4 פרישת תכנית הטיפול למטפלים**

לגבי מטפל צמוד יש לציין כל יום שעובד יממה מלאה ולציין מהו היום החופשי

שם המטפל	זמני טיפול	יום בשבוע					
		א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
.1	משעה						שבת
	עד שעה						
.2	משעה						
	עד שעה						
.3	משעה						
	עד שעה						
.4	משעה						
	עד שעה						
.5	משעה						
	עד שעה						

**פרטי חשבון הבנק**

**5**

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

קרבה לתובע	שמות בעלי החשבון		
מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף / כתובתו	שם הבנק

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
 תאריך חתימת מקבל הגמלה חתימת / חתימות השותפים לחשבון

**הבקשה הוגשה ביוזמת (למלא כאשר היוזם אינו הזקן ומשפחתו)**

**6**

שם ושם משפחה	טלפון	קשר לזקן

**הצהרת התובע**

**7**

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בבקשה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. ידוע לי שכל הפרה של התנאים לקבלת מטפל צמוד תביא להפסקה מיידית של האישור.

שם ושם משפחה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע x \_\_\_\_\_

**הצהרת מגיש הבקשה שאינו תובע**

**8**

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בבקשה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. ידוע לי שכל הפרה של התנאים לקבלת מטפל צמוד תביא להפסקה מיידית של האישור.

שם ושם משפחה \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_  
 הקשר לתובע \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע x \_\_\_\_\_

## מטפל צמוד - דף מידע

המוסד לביטוח לאומי מפעיל ניסוי בסניפיו: נהרייה, טבריה, ירושלים, רמת גן, בני ברק, אשדוד ואשקלון למתן אפשרות בחירה של גמלה בכסף במקום קבלת שירותים למי שמעסיק מטפל צמוד.

יוכל להגיש בקשה מי שמקום מגוריו באזורי הניסוי ועומד בתנאים הבאים:

1. הוא זכאי לגמלת סיעוד ושיעור הזכאות שנקבע לו הוא : 150% או 168% (לרבות מי שנקבעה לו הפחתה עקב הכנסות 75% , 84%)

2. הזכאי מעסיק מטפל צמוד (עובד ישראלי או עובד זר) העונה על "תנאי מטפל" כלהלן:

א. מטפל אינו "בן משפחה"

"בן משפחה": הורה, בן זוג, אח, אחות, בן, בת, גיס, גיסה, הוריהם וילדיהם ובני זוגם של כל אחד מאלה. היינו, בנוסף למפורט לעיל, גם נכד, אחיין, חתן אינם יכולים לשמש כמטפלים.

ב. הקף העסקה על ידי הזקן - ששה ימים בשבוע ברב שעות היממה (12 שעות ויותר), לרבות מספר מטפלים.

ג. המטפל מועסק בשכר על פי חוזה כתוב המפרט את הקף העבודה, תקופת ההעסקה, ציון ימי החופשה השבועיים, תנאי שכר (לא פחות משכר מינימום) וחובותיו כמעסיק.

### בנוסף, כאשר המטפל הצמוד הינו "עובד זר":

ד. לזקן קיים היתר מטעם משרד התמ"ת להעסיק עובד זר.

ה. בדרכון המטפל מוטבע אישור ממשרד הפנים לעבוד בתחום הסיעודי.

## לתשומת לבך

מתן הגמלה בכסף נעשה במסגרת ניסוי ומלווה במחקר עד לתאריך 31.12.2010. לאחר מכן עשוי הניסוי להפסק. שיתוף פעולה עם עורכי הבדיקה והמבקרים על ידי מתן תשובות לשאלות הבקרה והמחקר הכרחי להמשך תשלום גמלה בכסף.

ניתן לקבל גמלה בכסף כחלופה לשירותי סיעוד. לא ניתן לקבל חלק מהגמלה בכסף וחלקה האחר בשירותים.

המוסד רשאי לשנות את החלטתו ולהפסיק את מתן הגמלה בכסף אם לא התקיימו תנאי החוק, אם השתנו תנאים בכל הנוגע למצב המטופל או המטפל או ממצאי הבקרה יצביעו על ליקויים בטיפול או חריגות בהתנהלות.

המבקש גמלה בכסף, ימתין לתשובת המוסד לביטוח לאומי (אישור/דחייה) לפני כל שינוי בתכנית הטיפול בזכאי.

מי שאושרה לו גמלה בכסף יוכל לשוב ולבחור בכל עת (על ידי הודעה בכתב למוסד) לקבל את גמלת הסיעוד באמצעות "נותן שירותים" היינו ארגון שיעסיק את המטפל הצמוד לשעות הסיעוד בהתאם לשיעור הזכאות. במקרה זה, בשעות הניתנות מחוץ למכסת השעות על פי החוק ממשיך הזקן להיחשב כמעסיק לכל דבר ועניין.

חובה להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי בנתונים שנמסרו למוסד בבקשה לקבלת גמלה בכסף, כולל לגבי זהות המטפלים והן לגבי היקף ההעסקה.

### להלן פירוט החלופות הקיימות בכל אחד מהמסלולים: גמלה בכסף או בשירותים

מספר שעות טיפול אישי בבית למי שמטופל ע"י עובד ישראלי	סכום הגמלה למי שמעסיק עובד ישראלי ואושרה בקשתו לגמלה בכסף בניסוי	מספר שעות טיפול אישי בבית למי שמעסיק עובד זר ומממש זכאותו באמצעות נותן שירות	סכום הגמלה למי שמעסיק עובד זר ואושרה בקשתו לגמלת כסף בניסוי	שיעור הגמלה
19 שעות	₪ 2867	16 שעות	₪ 2423	150%
9.5 שעות	₪ 1434	8 שעות	₪ 1212	75%
22 שעות	₪ 3300	18 שעות	₪ 2714	168%
11 שעות	₪ 1650	9 שעות	₪ 1357	\$84

## חובותיך כמעסיק

### ביטוח לאומי

המעביד חייב לבטח את העובד במוסד לביטוח לאומי ומידי 6 חודשים יתבקש לדווח ולשלם.

### ביטוח בריאות

המעביד ירכוש ביטוח רפואי לעובד.

### זכויות סוציאליות

### שכר מינימום

כל עובד זכאי להשתכר לפחות על פי שכר מינימום הקבוע בחוק.

### מועד התשלום

על המעביד לשלם את השכר לעובד אל יאוחר מ-9 לחודש עבור החודש שקדם לו.

### הוצאות נסיעה

אם העובד משלם עבור הוצאות נסיעה לעבודה, חייב המעביד להחזיר לו הוצאות נסיעה עד לסכום המתעדכן מפעם לפעם. למעביד שמורה הזכות לממן לעובד כרטיס חופשי חודשי במקום החזר הוצאות עבור כרטיסי נסיעה.

### חופשה שנתית

עובד המועסק בשבוע עבודה בן 5 ימים זכאי ל-10 ימי חופשה בארבע השנים הראשונות, 12 ימי חופשה לאחר מכן. עובד המועסק בשבוע עבודה בן 6 ימים זכאי ל-12 ימי חופשה בארבע השנים הראשונות, תוך 14 יום בשנה החמישית ואילך.

### דמי מחלה

זכאות לדמי מחלה מתקיימת רק לאחר 3 חודשי עבודה. חובה להציג אישור רפואי. המעסיק משלם 37.5% מהשכר החל מהיום השלישי. מהיום הרביעי זכאי העובד ל-75% משכרו. עובד זכאי ל-18 ימי מחלה בשנה ורשאי לצבור עד 90 ימים. אי תשלום ימי מחלה נחשב הלנת שכר.

### תאונות עבודה

כל עובד שפגיעתו הוכרה על ידי הביטוח הלאומי כתאונת עבודה זכאי לכיסוי ימי ההיעדרות מהעבודה, הוצאות טיפול רפואי וגמלת נכות. התשלום מבוצע על ידי הביטוח הלאומי. עובד שנפגע בעבודה צריך לדווח על כך בבית החולים למסור את פרטי המעביד.

### דמי חגים

לאחר שעבד שלושה חודשים זכאי עובד לתשלום עבור תשעה ימי חג בשנה לפי דתו, אם לא חלו ביום המנוחה השבועי.

### דמי הבראה

דמי הבראה המשולמים לאחר תום שנת העבודה בתעריף יומי קבוע המתעדכן פעם בשנה. מספר ימיה זכאות להבראה מחושבים על פי הוותק - שנה ראשונה, 5 ימים, שנה שנייה ושלישית, 6 ימים, שנה רביעית עד עשירית, 7 ימים. דמי הבראה משולמים בחודשים יוני או יולי.

### פיצויי פיטורין

לפיצויי פיטורין זכאים עובדים שהועסקו למעלה משנה, במקרה של פיטורין על ידי המעביד או התפטרות העובד על רקע של הרעה בתנאי עבודתו, מצב הבריאותי, לאחר לידה (בפרק זמן של 9 חודשים מהלידה) לצורך טיפול בילד, תאונת עבודה, פטירה ועוד.

(מידע מקיף ניתן לקבל בהסתדרות וב"קו לעובד")