



עמוד 1 מתוך 2

## בקשה להיעדרות עובד בגין טיפול בן משפחה

הנוסח בלשון זכר על-פי כללי השפה ופונה לכלל המינים

אל: הוועדה העליונה להיעדרות עובד עקב מחלת בן משפחה - CAREGIVERS

### בקשה להיעדרות בשל מחלת בן משפחה במקרים רפואיים קשים וחריגים

(הטופס ילווה במכתב מפורט על הנסיבות והשתלשלות האירועים)

(פסקה 33.257 לתקשי"ר)

לטופס זה חובה לצרף את המסמכים הבאים:

- אישורים תומכים לבקשה: אישורים רפואיים, אישורים מהמסגרת בה נמצא החולה, סיכום טיפול במידה ובן המשפחה מוגבל בכלל תפקודי ה-ADSL וזקוק לסעד מלא ואישורים תומכים אחרים.
- דוחות נוכחות: סיכום דו"ח מימוש יתרות מחלה וחופשה ממערכת הנוכחות (ESS) עבור השנה הנוכחית.
- מכתב פניה רשמי על-ידי הממונה על הרווחה - לפי סעיף 5,ב,11 בנוהל זה.

1. ימולא על-ידי העובד (יש לצרף אישורים רפואיים תומכים)

#### פרטי העובד

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	משרד	יחידה
		ס"ב		

תפקיד	ותק בשירות	גיל	חלקיות המשרה	מס' ילדים	גילאים
			<input type="checkbox"/> מלאה <input type="checkbox"/> חצי משרה <input type="checkbox"/> אחר _____		

עיסוקו של בן הזוג	מקום העבודה	תפקיד
<p>עקב מחלה קשה או כרונית של בן משפחתי הנני מבקש לאפשר לי לנצל ימי מחלה מתוך:</p> <p><input type="checkbox"/> המכסה הצבורה של ימי מחלתי <input type="checkbox"/> המכסה הצבורה של ימי חופשתי (בכל מקרה מכסת ימי חופשתי אינה עולה 22 ימים, כנדרש לצורך הפניה לוועדה)</p>		

#### הקרבה של בן המשפחה החולה

שם פרטי	שם משפחה	ציין את סוג הקרבה

**תיאור המקרה:** (ציין תאריכים מדויקים על המחלה, ממתי אינך עובד, כמה ימי מחלה נוצלו לצורך טיפול בן המשפחה בשנה זו, כמה ימים סה"כ נעדרת עד עתה, ממה נוכו ימים אלה, מי סועד את החולה וכיצד זה מתחלק בין הסועדים השונים (אם יש נוספים ציין את הקרבה), ציין מהו הצפי להמשך? ומהי בקשתך?)

---



---



---



---



---



---



---

חתימת העובד \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> מכסת ימי המחלה המעודכנת ליום ____/____/____ הינה _____. <input type="checkbox"/> מכסת ימי החופשה המעודכנת ליום ____/____/____ הינה _____. מספר הימים שנעדר העובד עקב המחלה _____ מספר הימים שנוכו _____ מחופשה מימי מחלה.
--

<p align="right"><b><u>חות דעת עובד הרווחה</u></b></p> <p>האם טופל על-ידי הוועדה המשרדית לבני משפחה מטפלים <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא  מה אושר?  _____  _____  _____  _____  תאריך הוועדה המשרדית ____/____/____</p>
---