

נספח א' - טופס בקשה להכרה כבן משפחה מטפל

**בקשה לוועדת בני משפחה מטפלים משרדית עקב מחלת בן משפחה
במקרים רפואיים קשים וחריגים**

* הטופס מנוסח בלשון זכר ומתייחס לשני המינים.

לטופס זה חובה לצרף את המסמכים הבאים:

1. **אישורים תומכים לבקשה:** אישורים רפואיים, אישורים מהמסגרת בה נמצא החולה ואישורים תומכים אחרים.
2. **דוחות נוכחות:** דו"ח מימוש יתרות מחלה וחופשה ממערכת הנוכחות (ESS) עבור השנה הנוכחית.
3. **מכתב אישי בנוסף לטופס זה:** ניתן לצרף, לא חובה.

פרטי מגיש הבקשה

תאריך הגשת הבקשה: ____/____/____

שם פרטי	שם משפחה	מס' ת"ז	גיל	מצב משפחתי
		ס"ב		<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן
מס' ילדים	גילאי ילדים	שם בן הזוג		
		מקום עבודת בן / בת הזוג		
		תפקיד בן/בת הזוג		
עיסוק בן/בת הזוג		בן הזוג		
		<input type="checkbox"/> לא עובד <input type="checkbox"/> עובד כשכיר <input type="checkbox"/> עובד כעצמאי		
כתובת מייל		מס' טלפון נייד	מס' טלפון נייד	

פרטי בן המשפחה		
שם פרטי	שם משפחה	מין החולה
		<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
קרבת העובד אל בן / בת המשפחה החולה <input type="checkbox"/> ילד / ילדה <input type="checkbox"/> בן זוג / בת זוג <input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> הורה בן / בת זוג (בתנאי שבן / בת הזוג אינם נעדרים מכוח זכאותם) <input type="checkbox"/> במקרים חריגים - בן משפחה יחיד ערירי או שאיר יחיד גם אם אינם מוגדרים כבני משפחה מדרגה ראשונה		
האם הינך זכאי לסיוע עקב טיפול באדם עם מוגבלות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		
האם החלה המחלה של בן המשפחה? (נא ציין חודש ושנה) _____		
כיצד הטיפול מתחלק בין הסועדים השונים? _____		
מה הצפי להמשך הטיפול? _____		

נתונים מנהלתיים לגבי העובד			
יחידה _____	אגף _____	מחוז _____	תפקיד _____ ותק במשרד _____
ותק בשירות בשנים _____ חלקיות משרה _____ תאריך תחילת עבודה בשירות _____/_____/_____			

- אבקש לאשר לי במסגרת הוועדה :
- ☐ ניצול של עד 24 ימי מחלה ממכסת ימי המחלה הצבורה לזכותי.
 - ☐ מספר הימים המבוקשים לצורך טיפול בבן/בבת משפחתי _____.
 - ☐ אישור שעון גמיש.
 - ☐ אישור עבודה בחלק מהזמן מיחידה אחרת/ סניף אחר (בכפוף לאישור ראש אגף).
 - ☐ אישור עבודה מרחוק או השלמת שעות נוספות מרחוק
 - ☐ אישור עבודה בחלקיות משרה לתקופה מ _____ עד _____.
 - ☐ אישור שעות היעדרות (עד 52 שעות)
 - ☐ שעות סיוע - עד 3 שעות סיוע בחודש (במקרה בו מוצו ימי המחלה העומדים לרשות העובד).
 - ☐ אישור יציאה לחל"ת אחת לשנה במרוכז או בתפוזות.
 - ☐ אישור קבוצת תמיכה (במקרים חריגים ובהתאם לתקציב).
 - ☐ קבלת ייעוץ מקצועי עבור העובד (במקרים חריגים ובהתאם לתקציב).
 - ☐ קרן ימי מחלה
 - ☐ טיפול בבן משפחה מטפל בחו"ל
 - ☐ תרומת ימי מחלה

תיאור המקרה (נא פרט את תיאור המקרה והצרכים שעולים ממנו)

שם פרטי _____ שם משפחה _____ תאריך _____/_____/_____ חתימה _____