



17 בינואר 2016  
ז' בשבט תשע"ו  
0491-0011-2016-000521

חוזר מס' רו - 16 - (2)

אל: הסמנכ"לים הבכירים למנהל ולמשאבי אנוש במשרדי הממשלה ויחידות הסמך  
המנהלים האדמיניסטרטיביים בבתי החולים הממשלתיים  
הממונים על הרווחה במשרדי הממשלה ויחידות הסמך

## **הנדון: הורה לאדם עם מוגבלות (פיסקה 33.253 ד' בתקשיר) - הבהרות בנושא**

לאור פניות ושאלות אשר הופנו אלינו בנושא חוק דמי מחלת ילד (הורה לאדם עם מוגבלות), כפי שהוא בא לידי ביטוי בפיסקה 33.253 ד' בתקשיר, מצאנו לנכון להרחיב ולהבהיר בנושא זה.

### **"הגדרת אדם עם מוגבלות"**

הגדרת "אדם עם מוגבלות" נקבעה בסעיף 5 ל"חוק זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח-1998:

**"אדם עם לקות פיסית, נפשית או שכלית, לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים"**

חוק דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת ילד) התשע"ד 2013, מאפשר היעדרויות של עובד שהוא הורה לילד עם מוגבלות (ילד בכל גיל), לצורך סיוע אישי לילדו עם המוגבלות על חשבון ימי המחלה או החופשה שצבר, או על חשבון שעות העבודה.

**במושג "סיוע אישי" נכללים ליווי, השגחה, וכל סיוע הנדרש ממוגבלותו של הילד, ללא הגבלת גיל הילד עם המוגבלות.**

### **הוראות פיסקה 33.253 ד' בתקשיר"**

**בהתאם לפיסקה 33.253 ד' בתקשיר, עובד שהוא הורה לאדם עם מוגבלות, ועבד שנה לפחות בשירות, זכאי לזקוף עד 18 ימים, או חלקי ימים בשנה, של היעדרות בפועל, ע"ח תקופת המחלה שלו או ע"ח ימי החופשה המגיעים לו, לפי בחירתו, לצורך מתן סיוע אישי שמחייב היעדרות כאמור, לאדם עם המוגבלות.**

**אם בן זוגו של העובד הינו שכיר שלא נעדר מכוח זכאותו, או עובד עצמאי, שלא נעדר מעסקו, או אם העובד הינו הורה יחיד או שהאדם עם מוגבלות נמצא בהחזקתו הבלעדית של העובד, זכאי העובד לזקוף עד 18 ימים נוספים, או חלקי ימים, של היעדרות מתוך ימי המחלה הצבורים שלו או מתוך ימי החופש, לפי בחירתו.**



**בנוסף**, העובד זכאי להיעדרות של עד 52 שעות בשנה לצורך מתן סיוע אישי שמחייב היעדרות לאדם עם מוגבלות, בלא ניכוי משכר עבודתו, כלומר על חשבון המעביד.

אם בן זוגו של העובד שכיר שלא נעדר מכוח זכאותו, או שבן זוגו עובד עצמאי שלא נעדר מעסקו, או אם העובד הינו הורה יחיד, או שהאדם עם המוגבלות נמצא בהחזקתו הבלעדית של העובד, **יהיה זכאי העובד להיעדר עד 52 שעות נוספות בשנה בלא ניכוי משכרו**, כלומר על חשבון המעביד.

### מספר הבהרות:

**זכות זו** - לזקיפת 18 ימים או חלקי ימים של היעדרות, ע"ח תקופת המחלה או החופשה, וכן הזכות להיעדר עד 52 שעות בשנה על חשבון המעביד, לצורך מתן סיוע אישי לאדם עם מוגבלות, עומדת לכל אחד מההורים לילד עם מוגבלות.

**יודגש** - שעות ההיעדרות האלה (סה"כ 52 שעות היעדרות בשנה) מוקצות לכל שנה בנפרד, ואינן ניתנות לצבירה משנה לשנה, וכמו כן, הן ניתנות לניצול **אך ורק לצרכי סיוע אישי בשל מוגבלות הילד** (כולל מחלה הקשורה למוגבלות) אך אינן ניתנות לשימוש לצרכים שאינם נובעים או קשורים למוגבלות הילד (למשל: מחלת ילד אשר אינה קשורה למוגבלותו)

**כמו כן, נדגיש** – אם הילד עם המוגבלות צעיר מגיל 16, או כשיש לעובד ילדים נוספים ללא מוגבלות הצעירים מגיל 16, 18 הימים שלהם זכאי העובד בשנה, יכללו בתוכם גם את ימי מחלת ילד להם זכאי העובד בשנה.

**הורה אשר לו יותר מילד אחד עם מוגבלות** - זכויותיו של הורה שיש לו יותר מילד אחד עם מוגבלות, תהיינה כשל הורה לילד אחד עם מוגבלות. זכויותיו לא יוכפלו בהתאם למספר הילדים עם המוגבלות שברשותו.

**ההטבות הניתנות להורה לאדם עם מוגבלות**, לפי חוק זה - לא יחולו, במקרה שמוגבלותו של הילד אינה קבועה והיא צפויה לחלוף בתוך 60 יום ממועד הופעתה, וכן לא צפויה לחזור על עצמה.

**הורה לאדם עם מוגבלות - אשר עובד בחלקיות מישרה** - אף הוא זכאי להטבות אלה, באופן יחסי לחלקיות מישרתו.

### מי זכאי לזכויות אלה ועל מי ניתן להחיל חוק זה

- עובד שהוא הורה לאדם עם מוגבלות, המועסק שנה לפחות בשירות.
- עובד המועסק שנה לפחות בשירות, ושהוא **אפוטרופוס של אדם עם מוגבלות** ובלבד שאין אדם אחר המטפל באותו אדם עם המוגבלות ואין אפוטרופוס אחר אשר ניצל זכותו בהתאם לפיסקה זו.
- עובד שהוא הורה לאדם עם מוגבלות, **במשפחת אומנה**, ובלבד שהורהו הטבעי או המאמץ של האדם עם המוגבלות, לא השתמש באותם ימים או שעות, את זכאותו לזקיפה או להיעדרות מכוח אותה זכות.

### המסמכים הנדרשים לקבלת הזכויות

על מנת שעובד יוכל לממש את זכויותיו, כהורה לאדם עם מוגבלות, יהיה עליו להמציא את המסמכים הבאים:

1. אישור רופא – המעיד שהילד הוא אדם עם מוגבלות הנזקק לסיוע אישי בשל מוגבלותו. אישור זה יימסר ליחידת משאבי אנוש **פעם אחת בלבד** כשהמוגבלות קבועה, או **פעם אחת בכל תקופה של שנים-עשר חודשים**, אם המוגבלות אינה קבועה (אבל היא נמשכת יותר מ-60 יום).

**מצורפת, כנספח, המלצתנו לנוסח אפשרי של אישור רופא.**

2. הצהרת העובד – כי נעדר ביום ובשעות הרלוונטיות לשם מתן סיוע אישי כאמור (להצהרה זו יצורפו- ככל שהן רלוונטיות – הצהרות בדבר הורה במשפחת אומנה או אפוטרופוס). הצהרה זו תועבר ליחידת משאבי אנוש בתום החודש בו התקיימה ההיעדרות.

**מצורף, כנספח, נוסח ההצהרה שיש לצרף.**

3. אם ההיעדרות נעשית לצרכי ליווי, סיוע או השגחה בקשר לטיפול רפואי או פארה-רפואי, יש לצרף להצהרה (שבסעיף 2) גם אישור של הגורם המטפל המעיד על היום והשעות בהן ניתן הטיפול. אישור זה יועבר ליחידת משאבי אנוש, בתום החודש בו התקיימה ההיעדרות, במצורף להצהרה על ההיעדרות.

4. לגבי עובד שהוא אפוטרופוס של אדם עם מוגבלות - יצרף העובד צו מינוי אפוטרופוס, לפי חוק הכשרות המשפטית, **פעם אחת בלבד** אם ניתן צו מינוי אפוטרופוס קבוע, או **פעם אחת תוך תקופת אפוטרופוסות קצובה**, אם ניתן צו אפוטרופוסות זמני.

5. לגבי הורה במשפחת אומנה, יש לצרף אישור כי העובד הינו הורה במשפחת אומנה, שניתן ע"י המפקח הארצי על אומנה במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, או מי שהוא הסמיך לכך או אישור כאמור של גוף מפעיל שמשרד הרווחה והשירותים החברתיים התקשר עימו לשמש כגוף מפעיל לאומנה.

### מסמכים נוספים שהורה לאדם עם מוגבלות יצרף, במקרים בהם הוא מטפל לבדו בילד:

על מנת שהעובד יוכל לזקוף לזכותו 18 ימים נוספים של היעדרות בפועל, במהלך השנה (מעבר ל-18 ימים להם הוא זכאי) וכן על מנת שיהיה זכאי להיעדר עד 52 שעות נוספות בשנה (מעבר ל-52 שעות להן הוא זכאי), בלא ניכוי משכרו, יהיה עליו להעביר ליחידת משאבי אנוש את המסמכים הבאים:

1. עובד אשר בן זוגו עובד ולא נעדר מכוח זכאותו – יעביר ליחידת משאבי אנוש, הצהרה בחתימתו (חתימת העובד) כי בן זוגו לא נעדר מעבודתו לצורך מתן סיוע אישי לילדם ואין אדם אחר שניצל את זכותו לזקיפת הימים הנוספים.

**מצורף, כנספח, נוסח ההצהרה שיש לצרף.**

2. אם בן זוגו עצמאי שלא נעדר מעסקו או שלא חדל מעיסוק במשלוח ידו לצורך מתן סיוע אישי – ימציא העובד, בנוסף להצהרה בסעיף 1, אישור מאחת מרשויות המס (מהמוסד לביטוח לאומי או ממס הכנסה) על היותו רשום כעצמאי, או אישור על היותו עוסק לפי חוק מס ערך מוסף, התשל"ו-1976.

**מצורף, כנספח, נוסח ההצהרה שיש לצרף.**

3. אם האדם עם מוגבלות נמצא בהחזקתו הבלעדית של ההורה, או שהינו הורה יחיד- יעביר ליחידת משאבי אנוש הצהרה בדבר החזקה בלעדית של הילד או בדבר היותו הורה יחיד.

**מצורף, כנספח, נוסח ההצהרה שיש לצרף.**

### שימו לב,

- לא יידרש מן העובד מידע על מוגבלותו של הילד כתנאי למימוש הזכות (ידרשו הפרטים הבאים בלבד : שמו של הילד, מספר הזהות שלו ותאריך הלידה).
- על העובד לעדכן את יחידת משאבי אנוש, תוך זמן סביר, אם חדל לחול תנאי שעליו מעידים האישורים/המסמכים שהגיש.

בברכה,



ברוריה אטיאס

מנהל/ת תחום בכיר (רווחה)

העתק : מר משה דיין, נציב שירות המדינה  
מר אופיר בניהו, מנהל אגף בכיר הדרכה, השכלה ורווחה  
ממונים על משאבי אנוש במשרדי הממשלה ויחידות הסמך  
חברי הנהלת נציבות שירות המדינה

בכל מקרה של סתירה בין הוראות חוזר זה להוראות התקשי"ר, הוראות התקשי"ר הן ההוראות המחייבות.

## נספחים

### נוסח מוצע לאישור רופא

### אישור על מוגבלות

הנני לאשר, כי \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_,

הוא אדם עם מוגבלות כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח - 1998, ונזקק לסיוע אישי בשל מוגבלותו.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת הרופא \_\_\_\_\_

### הגדרת אדם עם מוגבלות

(לפי סעיף 5 לחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח - 1998):

"אדם עם לקות פיסית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים".

## הצהרות בדבר היעדרות לצורך מתן סיוע אישי לאדם עם מוגבלות

### א. הצהרות הנדרשות לכל ימי ההיעדרות

#### א-1. הצהרת העובד על היעדרות בגין ילד עם מוגבלות

הצהרה זו תמולא על ידי העובד עבור כל היעדרות בגין ילד עם מוגבלות.

אני הח"מ (שם ושם משפחה), מס' זהות \_\_\_\_\_, הורה (או אפוטרופוס, או הורה במשפחת אומנה – יש לבחור את ההגדרה הרלוונטית) של אדם עם מוגבלות הנזקק לסיוע אישי בשל מוגבלותו, מודיע בזה כי נעדרתי מעבודתי ביום \_\_\_\_\_ משעה: \_\_\_\_\_ עד שעה: \_\_\_\_\_ לפי סעיפים 1ב או 1ג לחוק, לשם מתן סיוע אישי, שמחייב היעדרות, לאותו אדם.

פרטי האדם עם מוגבלות: שם ושם משפחה \_\_\_\_\_, מס' זהות \_\_\_\_\_, תאריך לידה \_\_\_\_\_.

תאריך \_\_\_\_\_, שם העובד \_\_\_\_\_, חתימה \_\_\_\_\_

(מצורף אישור של רופא בדבר הזדקקות של אדם עם מוגבלות לסיוע אישי [פעם בשנה למוגבלות זמנית או פעם אחת בלבד לקבועה] וכן מצורף אישור הגורם המטפל המעיד על יום ושעה שבו ניתן הטיפול [ככל שהסיוע האישי נדרש לצורך לווין, סיוע או השגחה בקשר לטיפול רפואי או פרה רפואי]).

## א-2. הצהרה נלווית להצהרה על היעדרות

הצהרות אלה יצורפו להצהרה א-1, ככל שהן רלוונטיות לעובד. (אם אין שינוי בהגדרת העובד כאפוטרופוס או כהורה במשפחת אומנה, אפשר להסתפק בצירוף האישורים הנלווים הנדרשים לצורך הצהרות אלה פעם אחת בלבד).

## הצהרת העובד על היותו אפוטרופוס

הנני מצהיר בזאת כי מוניתי כאפוטרופוס של האדם עם מוגבלות אשר פרטיו רשומים להלן, ואין אדם אחר המטפל בו.  
(מצורף צו בית משפט / בית דין אחר בדבר מינוי כאפוטרופוס).

הנני מצהיר כי ביום \_\_\_\_\_ עליו הצהרתי, האדם עם המוגבלות אשר פרטיו רשומים להלן היה עמי ולא עם האפוטרופוס/ים האחר/ים.  
למיטב ידיעתי, יש / אין (מחק את המיותר) לאדם אשר פרטיו רשומים להלן, אפוטרופוס/ים אחרים בשם \_\_\_\_\_ ומספר זהות \_\_\_\_\_, אשר הינם עובדים שכירים או עצמאיים.  
פרטי האדם עם מוגבלות: שם ושם משפחה \_\_\_\_\_, מס' זהות \_\_\_\_\_, תאריך לידה \_\_\_\_\_.

תאריך \_\_\_\_\_, שם העובד \_\_\_\_\_, חתימה \_\_\_\_\_.

## הצהרת העובד על היותו הורה במשפחת אומנה

הנני מצהיר בזה כי אני הורה במשפחת אומנה של האדם עם מוגבלות אשר פרטיו רשומים להלן, וכי ביום עליו הצהרתי, האדם עם המוגבלות היה עמי ולא עם הוריו הטבעיים או המאמצים.  
פרטי האדם עם מוגבלות: שם ושם משפחה \_\_\_\_\_, מס' זהות \_\_\_\_\_, תאריך לידה \_\_\_\_\_.

תאריך \_\_\_\_\_, שם העובד \_\_\_\_\_, חתימה \_\_\_\_\_.

(מצורף אישור מאת המפקח הארצי על האומנה במשרד הרווחה והשירותים החברתיים או מי שהוא הסמיק לכך או אישור של גוף מפעיל שמשרד הרווחה והשירותים החברתיים התקשר עמו לשמש כגוף מפעיל לאומנה, על היותי הורה במשפחת אומנה).

## ב. הצהרות הנדרשות (בנוסף להצהרות בסעיף א) לצורך מימוש הזכות לקבלת

### שעות הסל הייעודי המוקצות לבן הזוג ו/או 18 ימים נוספים המוקצים לבן הזוג

יש למלא את ההצהרה הרלוונטית מבין ההצהרות שלהלן ולצרפה להצהרה על ההיעדרות (הצהרה א-1 לעיל).

### הצהרת העובד על בן זוג שכיר/עצמאי

הנני מצהיר כי בן זוגי (שם ושם משפחה של בן הזוג) מס' זהות \_\_\_\_\_ המועסק כעובד שכיר ב \_\_\_\_\_ (שם מקום העבודה) מיום \_\_\_\_\_ / בעל עסק / חברה / משלח יד בשם \_\_\_\_\_, מס' זהות \_\_\_\_\_ לא נעדר מעבודתו או מעסקו/משלח ידו במהלך שנה זו לצורך מתן סיוע אישי לאדם עם מוגבלות אשר פרטיו רשומים להלן, בהתאם לחוק, ואין אדם אחר שניצל את הזכות לזקוף ימים נוספים לצורך מתן סיוע אישי לאותו אדם עם מוגבלות.

פרטי האדם עם מוגבלות: שם ושם משפחה \_\_\_\_\_, מס' זהות \_\_\_\_\_, תאריך לידה \_\_\_\_\_.

תאריך \_\_\_\_\_, שם העובד \_\_\_\_\_, חתימה \_\_\_\_\_.

עבור בן/בת זוג המועסק/ת כעצמאי – מצורף אישור של אחת מרשויות המס. דהיינו, אישור על רישום כעצמאי במוסד לביטוח הלאומי או במס הכנסה, או אישור על היותו/ה עוסק לפי חוק מס ערך מוסף, תשל"ו-1976).

### הצהרת העובד על היותו הורה יחיד

הנני מצהיר כי אני הורה יחיד של האדם עם מוגבלות אשר פרטיו רשומים להלן, ואין אדם אחר שניצל את הזכות לזקוף ימים נוספים לצורך מתן סיוע אישי לאותו אדם עם מוגבלות.

פרטי האדם עם מוגבלות: שם ושם משפחה \_\_\_\_\_, מס' זהות \_\_\_\_\_, תאריך לידה \_\_\_\_\_.

תאריך \_\_\_\_\_, שם העובד \_\_\_\_\_, חתימה \_\_\_\_\_.



## הצהרת העובד על החזקה בלעדית

הנני מצהיר כי האדם עם מוגבלות אשר פרטיו רשומים להלן, נמצא בהחזקתי הבלעדית ואין אדם אחר שניצל את הזכות לזקוף ימים נוספים לצורך מתן סיוע אישי לאותו אדם עם מוגבלות.

פרטי האדם עם מוגבלות: שם ושם משפחה \_\_\_\_\_, מס' זהות \_\_\_\_\_, תאריך לידה \_\_\_\_\_.

תאריך \_\_\_\_\_, שם העובד \_\_\_\_\_, חתימה \_\_\_\_\_.