

## טפסים לטובת קבלת ימי היעדרות ושעות סיוע:

למענן המשפחות המיוחדות, הוצאנו את הנוסחים שכתבה נציבות שוויון זכויות אנשים עם מוגבלויות לטובת המעסיקים.

חשוב להדגיש שיש מעסיקים שמקפידים יותר על כל ההצהרות והמסמכים ויש כאלו שמקפידים פחות.

מדובר בנוסחים גמישים, שניתן במידת הצורך לשנות מהם. עם זאת לפני שינוי הנוסח כדאי להתייעץ.

עמוד 2- נוסח מוצע לאישור כללי של רופא

עמוד 3- הצהרה פרטנית על היעדרות לטובת שעות סיוע

עמוד 4 -הצהרה של גורם שמונה כאפוטרופוס לאדם

עמוד 5- הצהרה נלווית להורה במשפחת אומנה

עמוד 6- הצהרה לעניין קבלת ימי היעדרות ושעות סיוע שלא נוצלו על ידי בן/ת הזוג

עמוד 7- הצהרה על היות ההורה הורה יחיד

עמוד 8- הצהרה על החזקה בלעדית של הילד עם המוגבלות

**משפחות יקרות! מוזמנות לפנות לצוות המקצועי שלנו  
במרכז מידע ומיצוי הזכויות של קשר:**

[www.kesher.org.il](http://www.kesher.org.il)



[contact@kesher.org.il](mailto:contact@kesher.org.il)



1-700-501-601



חשוב! האחריות על שימוש בתוכן דף מידע זה הינה על אחריות הקורא בלבד, והמידע, שמוצג בצורה מתומצתת ומתעדכן מעת לעת, איננו בא להחליף כל ייעוץ או ייצוג מקצועי לרבות משפטי או בירור מלא מול הגורמים הרשמיים העוסקים בנושא. כל הזכויות שמורות לעמותת קשר- הבית של המשפחות המיוחדות.

## 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.

לא מדובר במקרה שבו מוגבלותו של הילד זמנית וצפויה לחלוף בתוך 60 יום ממועד הופעתה, ואינה  
צפויה לחזור על עצמה.

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 (שעות)

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 לווי, סיוע או השגחה בקשר לטיפול רפואי או פרה רפואי]).

## הצהרה נלווית על ידי גורם שמונה כאפוטרופוס

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 האפוטרופוסים האחרים.

למיטב ידיעתי, יש / אין (מחק את המיותר) לאדם אשר פרטיו רשומים להלן, אפוטרופוסים 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 \_\_\_\_\_.

## הצהרה נלווית להורה 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 הסמיך לכך או אישור של גוף מפעיל שמשרד הרווחה והשירותים החברתיים התקשר עמו לשמש כגוף מפעיל לאומנה, על היותי הורה במשפחת אומנה).**

## הצהרה לעניין קבלת ימי היעדרות ושעות סיוע שלא נוצלו על ידי בן/ת הזוג

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).

## הצהרה על היות ההורה 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 \_\_\_\_\_.

## הצהרה על החזקה בלעדית של הילד עם המוגבלות

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