



בחירת אופן קבלת גמלת סיעוד למעסיק מטפל צמוד שאינו תושב ישראל

באמצעות רשות ההגירה במשרד הפנים

לידיעתך

מטפל צמוד

- ↪ בקשה לגמלת הסיעוד בכסף ניתן להגיש כאשר הזכאי לגמלת סיעוד מעסיק "עובד זר" או מטפל צמוד תושב ישראל בהיקף של לפחות 6 ימים בשבוע ובכל יום לפחות 12 שעות ביממה.
- ↪ 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) כל אלה אינם יכולים לשמש כמטפלים.

מטפל צמוד זר

- ↪ זכאי לגמלת סיעוד המעסיק כמטפל צמוד "עובד זר" חייב לרשום את העובד בלשכה הפרטית להעסקת עובדים זרים, וחייב בהיתר העסקת עובד זר מטעם רשות ההגירה במשרד הפנים.

ניצולי שואה

- ↪ מי שהוכר כנרדף נאצים ע"י ועידת התביעות, הרשות לזכויות ניצולי שואה או חוק הפיצויים הגרמני וכן הוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי כזכאי לגמלת סיעוד של 150% ומעלה עשוי להיות זכאי לתוספת של שעות סיעוד מעבר לשעות הניתנות ע"י המוסד לביטוח לאומי. על מי שבחר בקבלת גמלה בכסף, למלא את טופס הפנייה לוועידת התביעות המצורף כנספח א' ולהגישו בצרוף טופס בקשה זה (בל 2650). על מי שבחר בקבלת שירות, לפנות לקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל בכתובת: רחוב תובל 5 (בית צרפת, קומה 1), ת"א. מען למכתבים: ת.ד. 7197 ת"א, 67897 טל: 03-6090866 פקס: 03-6968294 או באינטרנט בכתובת: <http://www.k-shoa.org>

גמלת כסף ושירותי סיעוד

- ↪ **החל ב-1 ליוני 2014** יהיה ניתן לקבל בו בזמן, גמלה בכסף וגם שירותי סיעוד אחרים מתוך סל השירותים (למעט שירותי טיפול בבית ע"י עובד זר): טיפול אישי בבית ע"י תושב ישראל, משדר מצוקה, מוצרי ספיגה, ביקורים במרכז יום ושירותי כביסה. לשירותי הסיעוד המפורטים קיים שווי כספי. אם הבחירה היא שילוב של גמלה בכסף ושל שירותי סיעוד יופחת ערכם של השירותים הנוספים שנבחרו מסכום הגמלה בכסף. לדוגמא: מקבל גמלה בכסף שזכאי לגמלה בסך 3,103 ₪ לחודש, מבקש לשלב מוצרי ספיגה בערך של 200 ₪ לחודש. 200 ₪ יופחתו מסכום הגמלה בכסף שהוא זכאי לה, ולכן יקבל גמלה בסך 2,903 ₪ בנוסף למוצרי הספיגה.

לפני ה-1 ליוני 2014 לא ניתן לשלב שירותים וגמלת כסף.

פירוט החלופות הקיימות בכל אחד מהמסלולים: גמלה בכסף או בשירותים

שעור הגמלה	סכום הגמלה למי שמעסיק עובד זר ואושרה בקשתו לגמלת כסף	מספר שעות טיפול אישי בבית בשבוע למי שמעסיק עובד זר ומממש זכאותו באמצעות נותן שירות	סכום הגמלה למי שמעסיק עובד ישראלי ואושרה בקשתו לגמלת כסף	מספר שעות טיפול אישי בבית בשבוע למי שמעסיק עובד ישראלי ומממש זכאותו באמצעות נותן שירות
91%	1,594 ₪*	9.75 שעות*	1,594 ₪*	9.75 שעות*
45.5%	797 ₪*	5 שעות*	797 ₪*	5 שעות*
150%	2,627 ₪	16 שעות	3,103 ₪	19 שעות
75%	1,314 ₪	8 שעות	1,552 ₪	9.5 שעות
168%	2,942 ₪	18 שעות	3,576 ₪	22 שעות
84%	1,471 ₪	9 שעות	1,788 ₪	11 שעות

נתוני הטבלה מעודכנים נכון לחודש ינואר 2014

* סכום הגמלה או מספר שעות הטיפול אינו משתנה בשעורי הזכאות-91% או 45.5% באם מועסק עובד זר או מטפל ישראלי צמוד.

שווים של שרותי הסיעוד בשעות טיפול בשבוע

פריט שירות	שעור הגמלה	שווי בשעות טיפול בשבוע
יום ביקור במרכז יום	91%	2 שעות
יום ביקור במרכז יום	150%, 168%	2.75 שעות
משדר מצוקה	91%, 150%, 168%	0.25 שעות
מוצרי ספיגה	91%, 150%, 168%	תלוי בסוג מוצר הספיגה. רשימת מופרטת מופיעה באתר האינטרנט www.btl.gov.il
שירותי כביסה	91%, 150%, 168%	בהתאם למשקל. רשימה מופרטת מופיעה באתר האינטרנט www.btl.gov.il

לפרטים נוספים ולמידע לגבי שיעורי הגמלה העדכניים, ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

חובות כמעסיק

למקבל גמלה בכסף או כמקבל גמלה בכסף בשילוב עם שירותי סיעוד יש חובות כמעסיק על פי הקבוע בחוק לרבות רכישת ביטוח רפואי לעובד, דיווח ותשלום לביטוח לאומי וכן שמירה על זכויותיו הסוציאליות. לנוחותכם, דיווח ותשלום לביטוח לאומי ניתן לבצע באמצעות שירותי התשלומים ודיווחים באתר האינטרנט המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

את כל המידע בנושא זכויות וחובות העובדים הזרים ניתן לקבל ב"זכותונים" לעובדים הזרים באתר האינטרנט של משרד הכלכלה www.moital.gov.il

מידע מקיף ניתן לקבל גם בלשכה הפרטית להעסקת עובדים זרים.

חזרה לשירותי סיעוד

מי שאושרה לו גמלה בכסף יוכל לשוב ולבחור בכל עת לקבל את גמלת הסיעוד באמצעות "נותן שירותים" - היינו ארגון שיעסיק את המטפל הצמוד בשעות הסיעוד בהתאם לשיעור הזכאות שנקבע לו. יש להודיע על כך בכתב למוסד (ראה רשימת כתובות ומספרי פקס של מחלקות הסיעוד בסניפי המוסד לביטוח לאומי, בטופס זה) או באמצעות השארת הודעה במענה קולי במספר 02-6463888 במקרה זה, ממשיך מקבל הגמלה להיחשב כמעסיק של העובד לגבי שעות עבודתו שהן מעבר לשעות הזכאות של זכאי הסיעוד, וזאת לכל דבר ועניין.

המוסד רשאי לשנות את החלטתו ולהפסיק את מתן הגמלה בכסף אם לא התקיימו תנאי החוק או ממצאי בקרה יצביעו על ליקויים בטיפול או חריגות בהתנהלות.

ברורים ושינויים בפרטים

הפניה בשאלות וברורים ולהודעה על שינויים בפרטים היא לפי רשימת כתובות ומספרי פקס של מחלקות הסיעוד בסניפי המוסד לביטוח לאומי, בטופס זה.

חובה להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי בנתונים שנמסרו למוסד בבקשה לקבלת הגמלה בכסף, כולל זהות המטפלים והיקף העסקתם, וכן לגבי מקום השהיה של הזכאי.

כיצד יש להגיש את הבקשה

את טופס הבקשה יש למלא ולהשיבו לרשות ההגירה במשרד הפנים.

חובה לחתום על טופס הבקשה

כתובות ומספרי פקס של מחלקות הסייעוד בסניפי המוסד לביטוח לאומי

הערות	מס' פקס	כתובת	סניף
	08- 8686723	רח' הבנים 14	אשדוד
	08- 6711173	רח' הנשיא 101	אשקלון
למשלוח מכתבים – רח' וולפסון 6 ת"ד 674	08-6295385	שד' שזר 31, בניין פריזמה	באר שבע
	03-6152980	רח' אהרונוביץ 12	בני ברק
	04-6328084	רח' הלל יפה 7א'	חדרה
	03-5022483	רח' פנחס לבון 26	חולון
	04-8134959	שד' פל"ים 8	חיפה
	04-6721848	רח' הופיין 1	טבריה
	03-5127176	רח' התקומה 30	יפו
	02-6755592	רח' שמעון בן שטח 4	ירושלים
	09-7478216	רח' ויצמן 39	כפר סבא
	04-9907849	רח' נשיאי ישראל 11	כרמיאל
	04-9528123	רח' ויצמן 62	נהריה
	04-6027420	רח' המחצבות 3 אזור	נצרת
	09-8602759	רח' הרצל 68	נתניה
	04-6529227	רח' מנחם 1	עפולה
	03-9114857	רח' רוטשילד 72	פתח תקווה
	04-8467616 04-8467551	רחי אחי אילת 50 קריית חיים	קריות
	03-9426781	רח' ישראל גילי 7	ראשל"צ
	08-9345955	רח' רמז 64	רחובות
	08-9777471	רח' דני מס 11	רמלה
	03 – 6751901	רח' החשמונאים 15	רמת גן
	03 - 6250129	רח' יצחק שדה 17	תל אביב

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – אגף סיעוד
סניף _____

**בחירת אופן קבלת גמלת סיעוד
למעסיק מטפל צמוד שאינו תושב
ישראל**

באמצעות רשות ההגירה במשרד הפנים

מס' זהות / דרכון														
<table border="1"> <tr> <td>6</td> <td>3</td> <td>סוג המסמך</td> <td colspan="2">דפים</td> </tr> </table>										6	3	סוג המסמך	דפים	
6	3	סוג המסמך	דפים											
לשימוש פנימי בלבד (סריקה)														

חותמת קבלה

טופס זה מיועד לאנשים מעל גיל הפרישה שמתקיימים אצלם כל התנאים הבאים:

1. זכאים לגמלת סיעוד או עתידים להגיש תביעה לגמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי.
2. מבקשים היתר חדש להעסקת עובד זר או מבקשים לבטל התליה או הקפאה של היתר. בקשת בחירה זו תטופל במוסד לביטוח לאומי לאחר תחילת העסקה של העובד הזר.

פרטי מגיש הבקשה																													
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב																									
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																													
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)																													
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד																								
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני																											
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS																													
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)																													
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד																								

2 בחירה בגמלה בכסף

אם אתה זכאי או תהיה זכאי לגמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי, אתה מתבקש לבחור כיצד לקבל את גמלת הסיעוד, בכסף או באמצעות חברה נותנת שירותי סיעוד.

ראה הסבר בדף המידע

מבקש לקבל גמלת סיעוד בכסף.

מבקש לקבל גמלה באמצעות חברה הנותנת שירותי סיעוד.

פרטי חשבון הבנק של מגיש הבקשה למילוי למי שבחר גמלה בכסף
כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין בקשה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
<p>אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.</p> <p>סוג הקרבה שלי למקבל הגמלה: <input type="checkbox"/> בן/בת זוג <input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> בן/בת <input type="checkbox"/> אח/אחות <input type="checkbox"/> אחר: _____</p> <p>אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.</p> <p>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 פרטיהם של מושכי התשלומים..</p>			
תאריך	חתימת מקבל הגמלה	חתימת / חתימות השותפים לחשבון	

הבקשה הוגשה ביוזמת (למלא כאשר היוזם אינו המבקש ומשפחתו)

שם ושם משפחה	טלפון	קשר לתובע																				
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					

הצהרת המבקש

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בבקשת הגמלה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין 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 בבקשה 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. ידוע לי ואני מסכים כי המידע בטופס זה יועבר על ידי רשות ההגירה למוסד לביטוח לאומי ואני מוותר על כל טענת חיסיון או סודיות המידע בקשר לכך.

שם ושם משפחה _____ תאריך _____ חתימת המבקש ✕ _____

הצהרת מגיש הבקשה שאינו המבקש

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 ביוזעין 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 בבקשה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על הזכאות 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. ידוע לי ואני מסכים כי המידע בטופס זה יועבר על ידי רשות ההגירה למוסד לביטוח לאומי ואני מוותר על כל טענת חיסיון או סודיות המידע בקשר לכך.

שם ושם משפחה _____ כתובת _____

הקשר למבקש _____ תאריך _____ חתימת המבקש ✕ _____

נספח א'

בקשה לתוספת גמלת סיעוד בכסף לנרדפי נאצים מועידת התביעות

מילוי טופס זה והליך הגשת הבקשה הוא חנינם ואינו מצריך תשלום כלשהוא לשום גורם.

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות																																									
		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																									

כתובת	טלפון																																											
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																											

פרטי בנק (נרדף הנאצים שעבורו מוגשת הבקשה חייב להיות רשום בבנק כבעל החשבון היחיד או אחד הבעלים בו)

שם הבנק	כתובת הסניף	מס' סניף	מס' חשבון

איזה סוג פיצוי קבלת בגין מאורעות השואה

קרנות ועידת התביעות תיק מס' _____

הרשות לזכויות ניצולי השואה (משרד האוצר) תיק מס' _____

גרמניה (BEG) תיק מס' _____

אחר _____ שם הקרן* _____ **(יש לצרף מסמכים)**

לתשומת ליבך :

במידה ובקשתך לקבלת גמלה בכסף תאושר ע"י ועידת התביעות אזי :

- 1) הסכום המשולם ע"י ועידת התביעות כולל את שכר העובד וכל ההפרשות הסוציאליות הנדרשות עפ"י חוק.
- 2) כל החובות התשלומים בגין העסקת המטפל הממומנים ע"י ועידת התביעות הינם **באחריותו המלאה והבלעדית** של מקבל הסיוע.

ועידת התביעות לא תישא כל אחריות בגין חובות לצד שלישי בכלל ולמטפל בפרט.

ייתור סודיות :

אני מסמיך את ועידת התביעות לקבל ולתת כל מידע אישי הנדרש לצורך קביעת זכאות למימון שעות הסיעוד וביצעו, מכל גוף ממשלתי, ציבורי, או פרטי בישראל או בחו"ל לרבות לקבל, לבדוק ולאמת כל מידע ממאגר הרשות לניצולי השואה בישראל, מרשם האוכלוסין במשרד הפנים והמוסד לביטוח לאומי.

הפונה מוותר בזאת על זכותו לסודיות במידה ותיפגע כתוצאה מהשימוש במידע שיתקבל לצורך הסיוע.

אני יודע כי הסיוע הנ"ל אינו מוקנה לי עפ"י דין וניתן לי עפ"י שיקול דעתה של ועידת התביעות בלבד, השומרת לעצמה את הזכות להמשיך, להפסיק או לשנות את הסיוע.

לא תהיה לי כל תביעה כנגד ועידת התביעות בקשר לפנייתי זו.

הנני מצהיר שהפרטים הנ"ל נכונים ומלאים, ידוע לי כי מסירת הצהרת כוזבת ו/או לא מלאה תגרום לביטול זכאותי לסיוע מהקרן לאלתר.

שם פרטי ומשפחה _____ חתימה _____ תאריך _____