



מדינת ישראל
State of Israel

רשות האוכלוסין וההגירה
Population & Immigration Authority
سلطة السكان والهجرة



מינהל עובדים זרים
אגף סיעוד – יחידת טיפול במעסיקים

טופס ב'

התחייבות מעסיק

אם יותר לי להעסיק עובד זר בהתאם לבקשתי המצ"ב, אני מתחייב להעסיק את העובד הזר בשכר חודשי שלא ייפול משכר המינימום החוקי ובמשרה מלאה לפחות ואך ורק במתן טיפול סיעודי עבורי/ עבור המטופל שפרטיו רשומים בסעיף (1) בטופס הבקשה להיתר (להלן: המטופל). ידוע לי כי חל איסור להעביר או לנייד את העובד הזר לעבודה אצל אדם אחר וזאת גם אם יבקש זאת העובד וגם אם יקבל על כך תשלום נוסף. כן ידוע לי כי עלי לספק לעובד הזר מגורים הולמים בבית המטופל.

אני מתחייב כי אם יותר לי להעסיק עובד זר אסדיר רישום עבורי/ עבור המטופל וכן עבור העובד הזר שאעסיק אצל לשכה פרטית מורשית ואקבל מכתב השמה מהלשכה הפרטית המאשר את הרישום קודם תחילת העסקת העובד הזר על פי ההיתר. ידוע לי כי העסקת עובד זר לסיעוד ללא רישום אצל לשכה פרטית מורשית מהווה הפרה של תנאי ההיתר.

אני מתחייב להודיעכם מיד על הפסקת הצורך בטיפול מכל סיבה שהיא לרבות הטבה במצב הרפואי שלי/ של המטופל.

ידוע לי כי מטופל המתגורר במסגרת מוסדית/ טיפולית (מלבד דיור מוגן) אינו זכאי להיתר להעסיק עובד זר, וכי אם אעבור/ יעבור המטופל לשהות במסגרת מוסדית כלשהי (בית אבות, בית חולים שיקומי וכיוצ"ב, למעט דיור מוגן) ההיתר שיינתן יפקע. אני מתחייב להודיעכם מיד עם העברתי/ העברת המטופל למסגרת מוסדית כאמור.

אני מצהיר כי ידוע לי כי כל תנאי העסקה החלים לגבי עובדים ישראלים חלים גם לגבי עובדים זרים, ובכלל זה חובות בדבר תשלום דמי הבראה, מתן חופשות בתשלום, מתן מנוחה שבועית כדין, תשלום פנסיה ופיצויי פיטורים, הסדרת ביטוח לאומי ותשלום שכר מינימום.

בנוסף, ידוע לי כי מלבד החובות דלעיל חלות על מעסיק של עובד זר חובות כלפי העובד לפי חוק עובדים זרים, התשנ"א-1991, ובכלל זה מתן לעובד חוזה עבודה מפורט, כתוב וחתום, בשפתו, והסדרת ביטוח רפואי ומגורים הולמים עבור העובד על חשבוני בכפוף לניכויים המותרים משכר העובד על פי דין. אם יינתן לי/ למטופל היתר להעסיק עובד זר, אני מתחייב לקיים את כל מחויבותי כמעסיק כדין. ידוע לי כי אי קיום חובה מהותית החלה עלי כלפי העובד הזר יביא לביטול ההיתר.

אני מתחייב לשתף פעולה באופן מלא עם הגורמים המוסמכים ברשות האוכלוסין וההגירה, לרבות עובדי אגף הסיעוד, וכן עם הגורמים המוסמכים במשרד העבודה, ובכלל זה לאפשר להם להיכנס למקום בו מועסק העובד הזר לצורך עריכת ביקורות, לאפשר לשוחח עם העובד הזר ביחידות, להמציא כל מסמך הנוגע להעסקת העובד הזר שיידרש על ידם לצורך הפעלת סמכויותיהם על פי דין, ולהתייצב לחקירה/ לבירור לפי דרישה.

ידוע לי כי תוקף ההיתר שיינתן לי/ למטופל יפקע אם יתברר כי הצהרות דלעיל אינן נכונות בשלמותן או אם לא יקוימו על ידי אחת מההתחייבויות דלעיל.

ידוע לי כי ניוד של העובד הזר ו/או העסקתו שלא במתן טיפול סיעודי למטופל מהווים הפרה של תנאי ההיתר ויביאו לביטול ההיתר.

אני מתחייב לשלם את שכר העובד הזר שיועסק על ידי מידי חודש לחשבון בנק בישראל על שם העובד בלבד, שאין לצד שלישי מלבד קרוב משפחה מדרגה ראשונה של העובד הזר זכות או הרשאה לפעול בו. כן אני מתחייב לשמור את האסמכתאות להפקדת השכר בחשבון הבנק ולהציגם לרשויות הפיקוח בהתאם לדרישתן.

שם פרטי ומשפחה	מס' זהות	חתימת המטופל/המעסיק	תאריך
כתובות – אגף ההיתרים – ענף סיעוד: ירושלים - רח' אגריפס 42, קומה 5, בניין כ"ח, ת.ד. 28346 שפלה - ישראל גלילי 3, קומה 2 ראשון לציון צפון – רח' הרצליה 22, קומה 3, חיפה, מיקוד 3330125		מרכז שירות ומידע ארצי: 3450 ת"א – רח' מנחם בגין 125 קומה 2, ת.ד. 7105, תל אביב 61070 שרון – ויצמן 140, קומה 4, כפר סבא דרום – רח' התקווה 4, קריית הממשלה, קומת כניסה, ב"ש	