



תאריך: _____

לכבוד:
אגף היתרים – ענף סיעוד
אגריפס 42, בניין כ"ח, קומה 5, ירושלים
מספר פקס: 02-6294426
טלפון לבירורים: *3450

א.ג.נ.

בקשה לביטול הקפאת (התליית) היתר להעסיק עובד זר

פרטי בעל ההיתר:

אני הח"מ _____, ת"ז מספר _____, רחוב ומס' _____,
עיר _____, מיקוד _____, מס' טלפון: _____,
מס' טלפון נייד: _____.

- א. בהמשך להודעתי אצלכם להקפאת ההיתר שניתן לי להעסיק עובד זר בסיעוד, אבקש לבטל את הקפאת ההיתר האמור על מנת שאוכל להעסיק עובד זר.
- ב. ידוע לי כי מידע על הודעתי זו יועבר למוסד לביטוח לאומי, ולא אהיה זכאי לתוספת גמלת סיעוד לפי חוק הביטוח הלאומי.
- ג. ידוע לי כי הודעתי זו תיכנס לתוקף מיום קבלת אישור הממונה בכתב.
- ד. ידוע לי כי ביטול הקפאת ההיתר אפשרי רק אם ההיתר המקורי שניתן לי עדיין בתוקף. אם פג תוקף ההיתר, אקבל הודעה מהממונה כי עלי לבקש להאריך את תוקף ההיתר בהתאם לנהלים הרגילים של אגף היתרים ענף הסיעוד.
- ה. הנני מאשר כי המטופל איננו מתגורר במוסד סיעודי (בית אבות, מרכז שיקום או בית חולים, מלבד דיור מוגן או אשפוז יום).

_____ תאריך

_____ חתימת בעל ההיתר או קרוב משפחה מדרגה ראשונה