

מדינת ישראל
משרד הביטחון

הוראת אגף שיקום נכים מס' 84.04

| | |
|--------------|--|
| הנושא : | החזר הוצאות לבני משפחת נכה מאושפז מהקרן לטיפול סוציאלי |
| תאריך : | 1.3.2015 |
| מס' עמודים : | 11 |

כללי

1. הוראה זו מהווה עדכון להוראה 84.04 מתאריך 1.10.2012 ובאה במקומה.
2. הוראה זו באה לקבוע את דרכי הטיפול בקביעת הזכאות ובמתן מענקים מהקרן לטיפול סוציאלי לצורך החזר הוצאות לבני משפחת נכה מאושפז השוהים לידו ו/או מבקרים אותו.
3. הזכאות המעוגנת בהוראה זו מוענקת כהטבה בנוסף לחוק, וכנקבע בהוראת משרד הביטחון מספר 50.30.
4. מנהל מחוז שיקום הינו בעל הסמכות והאחריות לביצועה התקין של הוראה זו.
5. סגן ר' האגף וראש היחידה הארצית לשירותי שיקום הינו בעל הסמכות והאחריות להנחיה, עידכון ובקרה של אופן הביצוע התקין של הוראה זו.

עקרונות

6. ניתן להעניק החזר הוצאות לבני משפחתו של נכה מאושפז השוהים לידו במקום אשפוזו ו/או מבקרים אותו.
7. החזר הוצאות יינתן בהתאם ל:
 - א. הגדרה של חומרת הפגיעה.
 - ב. הגדרה של צורכי השתייה של בני המשפחה ליד המאושפז, על סמך אישור של רופא שיינתן עבור כל חודש אשפוז בנפרד.
 - ג. על בסיס הצהרה חתומה ע"י בן המשפחה המבקש את החזר.
8. על מבקש החזר לפנות למחוז, או למקשר לבית החולים, ולמסור ההצהרה בנספח ג', כאשר היא חתומה ע"י המבקש. החזרי הוצאות שיאושרו – יבוצעו באמצעות תגמול הנכה.

9. באשפוז חוזר יקבלו בני המשפחה של המאושפז את החוזר המתאים לקטגוריה של "פצוע קל" בנספח א'. אם יבקשו החוזר גבוה יותר המתאים לרמת פגיעה אחרת - יידרשו להמציא אישורים רפואיים מתאימים.
10. אגף שיקום נכים מטפל בביצוע החוזר הוצאות לבני משפחתו של נכה מאושפז מיום שחרורו משירות חובה, או מילואים בצה"ל. (נכה בשירות קבע בצה"ל – מטופל ע"י צה"ל). אם יאושר החוזר הוצאות בגין אובדן משכורת, ו/או מימון שמרטף – המועד הקובע, ממנו הוא יחול - מועד הפגיעה / האשפוז.
11. זכאות אנשי צבא קבע מאושפזים שהוכרו, תהיה רק לגבי החזרים בגין אובדן ימי עבודה, ו/או שמרטפות, כמפורט בהוראה זו - המועד הקובע, ממנו הוא יחול - מועד הפגיעה / האשפוז.
12. החוזר הוצאות לבני משפחה של איש משטרה מאושפז יוחזרו להם על ידי משהב"ט / אגף שיקום נכים, ע"י פניה ישירה למחוז השיקום, תוך המצאת אישור של ענף נפגעים במשטרה, כי לא קיבל החזרים באמצעותם. המועד הקובע: מועד הפגיעה/אשפוז.
13. לא יאושרו החוזרי הוצאות במוסדות בהם קיים הסדר עם משהב"ט.
14. סיוע חריג - בקשות לסיוע חריג להחזר הוצאות לבני משפחת נכה מאושפז, מעבר לסכומים המפורטים בנספחים א' ו-ב', יובאו לדיון והחלטה על פי הסעיפים בהוראה הדנים ב"מידרג סמכויות אישור".
15. לא תאושר כל החלטה על חריגה כנ"ל – ללא שיפורטו בה הנימוקים המפורשים לאישור החריגה.

הגדרות

16. **חומרת הפגיעה** - (לעניין הוראה זו) - עפ"י ההגדרות הרפואיות המתאימות, וכפי שתיקבע ע"י רופא המוסד המאושפז (בית חולים/ מרכז שיקום), עבור כל חודש וחודש מתקופת האשפוז:
- א. פצוע קשה, או אנוש.
- ב. פצוע בינוני.
- ג. פצוע קל.
17. **בני משפחה של נכה מאושפז** - (לעניין הוראה זו) - השוהים ליד ו/או מבקרים בקביעות את הנכה המאושפז, כלהלן:
- א. בן, או בת זוג, בנים ובנות, הורים, אחים ואחיות.
- ב. הורים מאמצים מתוך בחירת החייל כאשר מדובר בחייל בודד.

מידרג סמכויות אישור

18. **סמכות אישור ברמת המחוז** - בסמכותו של עובד הרווחה במחוזי - לאשר החזר ההוצאות, כאשר מולאו כל הדרישות המפורטות בהוראה זו, ללא יוצא מן הכלל,

ולא נדרשה כל חריגה מהקריטריונים המפורטים בנספח א', ומהסכומים המפורטים בנספח ב'.

19. סמכות אישור ברמת מנהל מחוז או סגן ראש האגף וראש היחידה לשירותים סוציאליים: בסמכותו של מנהל מחוז שיקום או סגן ראש האגף וראש היחידה לשירותים סוציאליים לאשר הגדלה של החזר ההוצאות במקרים חריגים בלבד, וזאת על פי המלצה כתובה, מנומקת וחתומה של עובד הרווחה במחוז/מקשר לבתי חולים (בהתאמה), כלהלן:

א. הגדלת מספר בני המשפחה הזכאים להחזר, במקרים חריגים משהוכח ללא ספק הצורך בכך, תוך צירוף הנמקות מפורטות ופירוט מדויק של ההחזרים הנדרשים.

ב. הגדלת תכיפות הביקורים של בני המשפחה הזכאים להחזר, במקרים חריגים משהוכח ללא ספק הצורך בכך, ותוך צירוף הנמקות מפורטות.

ג. תשלום בגין אובדן ימי שכר לשני ההורים, בתקופה הקריטית במצבו של הפצוע, בלבד.

ד. כאשר לפצוע אין בני משפחה מדרגה ראשונה כמוגדר בסעיף 16 א' לעיל, יהיה החייל זכאי להחזר אובדן משכורת לגורם אחד בלבד השווה על ידו. כל זאת עפ"י המלצת מקשר לבתי חולים.

זכאות

20. בני משפחתו של הנכה המאושפז בארץ, ואשר הוכר ע"י אגף שיקום נכים, או שנמצא לפחות במעמד של "אישור עקרוני", השוהים לידו, ואו מבקרים בקביעות את הנכה המאושפז, כלהלן:

א. בני משפחה של חייל מאושפז ששחרר משירות חובה, או מילואים בצה"ל

ב. בני משפחה של איש צבא קבע מאושפז שהוכר.

ג. בני משפחה של מאושפז הנמנה על: משטרה, שב"ס, שב"כ, המוסד, שוחרים.

גובה הסיוע

21. החזרי ההוצאות יאושרו בהתאם לכללים והסכומים כלהלן:

א. פירוט מספר הזכאים ותכיפות הביקורים לגביהם מאושר החזר, ובהתאם לסוג הפגיעה - טבלה בנספח א'

ב. פירוט התעריפים העדכניים להחזר ההוצאות - טבלה בנספח ב',

ג. כל אלה, בכפוף לכללים והסייגים המפורטים להלן:

הוצאות נסיעה - כללים וסייגים לגבי ההחזר

22. תעריפי ההחזר עבור הוצאות נסיעה באוטובוס –

א. תעריפי ההחזר יהיו בהתאם לתעריפי התחבורה הציבורית.

ב. כאשר בקו האוטובוס הרלוונטי קיים כרטיס "חופשי חודשי", ואם יאושרו למעלה מ- 20 נסיעות בחודש לאדם – תעריף ההחזר יהיה בהתאם לתעריף "חופשי חודשי".

23. תעריפי ההחזר עבור הוצאות נסיעה ברכב פרטי - תעריפי ההחזר יהיו בהתאם לתעריפי הוצאות נסיעה בתפקיד לעובדים בשירות הציבורי (צמוד לבעלי רכב שירות אישי), על בסיס ק"מ.

24. סייגים בהחזר הוצאות נסיעה

כאשר הנכה המאושפז מקבל אחזקת רכב (או רכב רפואי) - אחד מבני המשפחה של הנכה המבקרים אותו במקום אישפוזו - לא יהיה זכאי להחזר הוצאות נסיעה לביקורו - כל עוד המאושפז ממשיך לקבל דמי אחזקת רכב. זאת מהסיבה שהמאושפז אינו מבצע נסיעות, ודמי הנסיעות ישמשו את בן המשפחה המבקר אותו.

25. תעריפי ההחזר עבור הוצאות נסיעה לבני משפחת מאושפז המתגוררים באילת ואשר הנכה אינו מאושפז באילת – יקבלו החזר בגין טיסה, כנגד הצגת כרטיס הטיסה וקבלה (מקור בלבד!) על התשלום עבורו.

כלכלה - כללים וסייגים לגבי ההחזר

26. תעריפי ההחזר עבור כלכלה - תעריפי ההחזר יהיו בהתאם לתעריפי ארוחות בוקר, צהרים או ערב, כפי שייקבע מעת לעת לעובדים בשירות הציבורי (תעריפי הנש"מ).

27. במוסדות בהם קיים הסדר כלכלה עם משהב"ט – לא יאושרו החזרי הוצאות בגין כלכלה (דוגמת בית לוינשטיין).

לינה - כללים וסייגים לגבי ההחזר

28. תעריפי ההחזר עבור לינה וארוחת בוקר במלון - יוחזרו באחת משתי האפשרויות:

א. עפ"י קבלות - שיומצאו למשרדנו ע"י קרוב המשפחה, בכפוף לתעריף יום הבראה לעובד מדינה, או בכפוף להסכמים הקיימים בין האגף למלון בו התאכסן, התעריף הנמוך בין שניהם, ולא יותר מהסכום ששולם בפועל. יש לציין על גבי הקבלה, אם מחיר הלינה כולל/לא כולל ארוחת בוקר.

ב. עפ"י התחייבות כספית - מטעם משרדנו בחתימת סגן ר' האגף וראש היחידה הארצית לשירותי שיקום, או המפקח על השירותים הסוציאליים, או מנהל מחוז או רכז ארצי לקישור בתי חולים לבית המלון כנ"ל.

אובדן משכורת - כללים וסייגים לגבי ההחזר

29. החזר כספי עבור אובדן משכורת, יאושר לבן משפחה אחד בלבד, ומותנה בקיומם של כל ארבעת התנאים הבאים גם יחד :

א. אישור בכתב מהמעביד הכולל :

(1) פירוט תקופת היעדרותו של בן משפחתו של המאושפז מעבודתו, ובלבד שתקופה זו חלה במהלך תקופת האשפוז.

(2) אישור שלא שולם שכר עבור התקופה הנ"ל

(3) אישור שלא שולמו "דמי מחלת בן משפחה", ולא הוגשה תביעה לשלמם, עבור התקופה הנ"ל.

ב. הצהרה בכתב של בן המשפחה הנ"ל, שאכן שהה בתקופה הנדונה, ליד מיטת המאושפז.

ג. אישור בכתב ממנהל המחלקה בה מאושפז הנכה במוסד הרפואי, כי נוכחותו של בן המשפחה באופן רצוף ליד מיטת המאושפז הינה חיונית.

ד. אישור על מימוש ימי מחלה/חופשה, ואישור המעביד המתחייב לזכות את העובד בימים אלו, כנגד קבלת התשלום ממשהב"ט.

30. ההחזר הכספי לאובדן ימי עבודה, יחושב מיום הפציעה/אשפוז, ובאופן יחסי לימי ההיעדרות בחודש (30 יום).

31. ההחזר הכספי לאובדן ימי עבודה יתבסס על אישורי הכנסה שיציג בן המשפחה, כלהלן: ובכל מקרה לא יעלה על הסכום השווה למקסימום התגמול הקבוע בפרק ו' 4 לחוק הביטוח הלאומי (משולב) התשכ"ח-1968.

ההחזר הכספי לאובדן ימי העבודה בשל אשפוז הנכה ינתן לבן המשפחה על סמך צירוף המסמכים הבאים :

א. עובד שכיר – תלושי שכר של 3 החודשים האחרונים, לפני קרות האירוע. תחום התגמולים יחשב את התשלום שינתן לבן המשפחה בהתבסס על תלושי השכר. התשלום המאושר יהיה מכל סכום מוצהר ועד לסכום מירבי של התגמול הקבוע בפרק ו' 4 לחוק הביטוח הלאומי (משולב) התשכ"ח – 1968.

הדגשה: כאשר התשלום משולם ישירות לבן המשפחה, ינוכו סכומים של מס הכנסה, ביטוח לאומי ומס בריאות.

ב. עצמאי – יש לצרף המסמכים הבאים :

(1) מסמכים המעידים על סוג העיסוק כעצמאי (אישור מס הכנסה, אישור ביטוח לאומי, אישור רואה חשבון וכד') ולפי דרישת תחום תגמולים.

2) הצהרה על תקופת העדרותו מעבודתו בשל אשפוז הנכה, ובלבד שתקופה זו חלה במהלך תקופת אשפוז הנכה.

3) מסמך המוכיח השתכרותו של בן המשפחה בתקופה הקודמת לקרות האירוע.

לאחר קבלת המסמכים המפורטים לעיל, יקבל בן המשפחה שתחום עיסוקו עצמאי עד סכום השווה לתקנה 14 א' (נשוי +) של תקנות הנכים לטיפול רפואי.

בסוף שנת המס הרלוונטית, תבחן זכאות בן המשפחה שתחום עיסוקו עצמאי – לקבלת תשלומי הפרשים. במקרים אלו, יש להגיש לתחום תגמולים שתי שומות מס (האחת בשנה בה התקיים אירוע אשפוז הנכה, והשניה לשנה הקודמת לאירוע זה). אם וכאשר ימצא צורך לכך, יקבל בן המשפחה תשלום הפרשים עד לסכום התשלום השווה למקסימום התגמול הקבוע בפרק ו' 4 לחוק הביטוח הלאומי (משולב) התשכ"ח 1968.

הדגשה: חישוב התשלומים וההפרשים יתבצעו עפ"י חישובי ברוטו של תשלומי השכר והשומות. תחום תגמולים יחשב את גובה תשלומי מס הכנסה, ביטוח לאומי ומס בריאות, ולאחר עיקורם מהברוטו, ישתלם הסכום להחזר נטו.

שמרטף / מטפלת - כללים וסייגים לגבי החזר

32. פצועים מאושפזים, שלהם ילדים, או אחים עד גיל 14, יהיו זכאים להוצאות שמרטף, או מטפלת לאותן שעות בהן מבקר אותם בן / בת הזוג, או ההורה בבית החולים, ובהתאם לקריטריונים המפורטים בנספח א'. ההוצאות יוחזרו עפ"י חשבונות המטפלת, או עפ"י הצהרת בן/בת הזוג, הורה של הנכה המאושפז, ובלבד שלא יעלו על התעריף לשעת עבודה המפורט בנספח ב'.

33. החזר ההוצאות למטפלת / שמרטפית יהיה רק על הנתח שנוסף בעקבות האשפוז, ולא על סך כל שעות עבודתה, ובהתאם לקריטריונים המפורטים בנספח א'. כלומר, אם מטפלת עובדת בבית המשפחה בין השעות 8:00 ועד 16:00, ובעקבות הפציעה האריכה את שעות עבודתה עד 20:00 – יהיה הנכה זכאי להשתתפות בגין 4 השעות הנוספות בלבד.

34. ככלל, אם הצורך הינו עד 5 שעות ביום, התשלום יהיה על בסיס תעריף שעה.

35. כאשר מדובר באשפוז ממושך ובצורך של הרבה שעות ביום בגין טיפול בילדים, כולל אחזקת הבית, ניתן לאשר סכום גלובלי עד ל-4,500 ₪ בחודש, לפי תעריף 150 ₪ ליום.

36. החזר ההוצאות לשמרטף, או למטפלת יינתן מיום הפציעה, לאחר סיכום על מסגרת השעות הדרושות עם המקשרים/ות, או עובד רווחה במחוז.

אופן הטיפול

37. כל בן משפחה בוגר (מעל גיל 18) המבקש החזר הוצאות - יגיש בקשתו בנפרד, על גבי הטופס בנספח ג', ויצהיר על נכונות הדיווח בחתימת ידו.

38. הפניה תתבצע באמצעות עובד רווחה, או המקשר המטפל בו.

39. עובד רווחה / מקשר ימלא טופס בקשה למענק מהקרן לטיפול סוציאלי ש/428/1 ובו פרטי ההוצאות, עפ"י הנושא, ויצרף כל המסמכים הנדרשים הקשורים לנושא הבקשה. עובד רווחה יקפיד על כך שכל ההוצאות הקשורות לנכה המאושפז – יוגשו במרוכז.
40. עובד רווחה במחוז, אשר בדק ווידא שכל הוצאות שהוגשו עומדות בקריטריונים המפורטים בנספח א', אינם חורגים מהסכומים בנספח ב', ואינם כוללים בקשה להחזר בגין שכר עבודה – יעביר החומר לתשלום ישירות לחשבונאות שיקום.
41. פניות הכוללות בקשה להחזר בגין אובדן שכר עבודה יטופלו באמצעות נספח ד' והן מחייבות העברת הבקשה לחו"ד של חשב שכר ביחידה לתגמולים והטבות. עם קבלת אישור/הערותיו של חשב השכר, יועבר הנספח ליחידה לשירותי שיקום להזנת הסיוע במחשב ולאחר מכן ליח' לחשבונאות שיקום לתשלום.
42. כאשר הבקשה מחייבת הוצאת הפנייה לבית מלוך עימו יש למשרדנו הסדר – יוציא אחראי עובדי הרווחה המחוזי את ההפנייה.
43. מקשר יעביר הטופס והמסמכים לאישור, למפקח ארצי לשירותים סוציאליים וקישור בתי חולים.

רמת השירות – משך ביצוע

44. במסגרת המאמץ המתמיד לשיפור השירות לזכאים – על מנהל המחוז לוודא השלמת הטיפול בבקשה, ומשלוח ההודעה לפונה – בתוך מסגרת זמן שלא תעלה על 21 יום ממועד המצאת כל המסמכים ע"י הפונה.
45. מסגרת זמן זו כוללת את משך הטיפול ע"י המחוז (עד 10 ימים) וע"י חשבונאות שיקום (עד 10 ימים).

משה צין

סמנכ"ל וראש אגף שיקום נכים

נספח א' להוראה 84.04

קריטריונים להחזר הוצאות

| רמת הפציעה | החזר הוצאות נסיעה | החזר הוצאות עבור כלכלה | החזר הוצאות עבור לינה בבית מלון | החזר בגין אובדן ימי עבודה |
|--|--|--|--|--|
| קשה / אנוש | עד 6 בני משפחה עד 7 ביקורים בשבוע (לכל אחד) הצהרה* | עד 3 בני משפחה עד 7 ביקורים בשבוע עד 3 ארוחות ביום (לכל אחד) הצהרה* | עד 3 בני משפחה בהתאם לצורך הרפואי מחייב אישור רפואי החתום ע"י הרופא + הצהרה* | מותנה בקיום התנאים המפורטים בגוף ההוראה מחייב חידוש מדי חודש הצהרה* |
| בינוני | עד 6 בני משפחה עד 3 ביקורים בשבוע (לכל אחד) הצהרה* | עד 3 בני משפחה עד 3 ביקורים בשבוע עד 2 ארוחות ביום (לכל אחד) הצהרה* | עד 2 בני משפחה עד 3 לילות ראשונים מיום האשפוז הצהרה* | עד 6 חודשים מותנה בקיום התנאים המפורטים בגוף ההוראה מחייב חידוש מדי חודש הצהרה* |
| קל | עד 3 בני משפחה עד 2 ביקורים בשבוע (לכל אחד) הצהרה* | עד 2 בני משפחה עד 2 ביקורים בשבוע עד 2 ארוחות ביום (לכל אחד) הצהרה* | אין | אין |
| מאושפז במרכזי שיקום | עד 4 בני משפחה עד 7 ביקורים בשבוע (לכל אחד) הצהרה* | עד 2 בני משפחה עד 2 ארוחות ביום (לכל אחד) הצהרה* | עד 2 בני משפחה בהתאם לצורך הרפואי הצהרה* | מותנה בקיום התנאים המפורטים בגוף ההוראה מחייב חידוש מדי חודש הצהרה* |
| מאושפז במחלקה פסיכיאטרית | עד 3 בני משפחה עד 3 ביקורים בשבוע (לכל אחד) הצהרה* | עד 3 בני משפחה עד 3 ביקורים בשבוע 2 ארוחות ביום (לכל אחד) הצהרה* | אין | אין |
| * הצהרה* - ביצוע החזר מחייב הצהרה כתובה וחתומה ע"י בן המשפחה המבקש החזר - על גבי הטופס בנספח ג' להוראה זו, | | | | |

- פצועים מאושפזים, שלהם ילדים, או אחים עד גיל 14, יהיו זכאים להוצאות שמרטף, או מטפלת לאותן שעות בהן מבקר אותם בן/ בת הזוג, הורה בבית החולים, ובכפוף לסייגים בגוף ההוראה
- החזר ההוצאות למטפלת/ שמרטפית יהיה רק על הנתח שנוסף בעקבות האשפוז, ולא על סך כל שעות עבודתה.

טבלת תעריפים מעודכנים להחזר הוצאות

ליום: 1.3.2015

| התעריף | | פירוט | סוג ההוצאה |
|--|-------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| | | | |
| 0.68 ₪ לק"מ | | <u>תעריף לק"מ:</u> | <u>נסיעות</u> |
| | | | |
| עד 427 ₪ | | <u>התעריף המירבי ללילה</u> | <u>לינה</u> |
| | | | |
| 18 ₪ | ארוחת בוקר | <u>התעריף המירבי</u> | <u>כלכלה</u> |
| 52 ₪ | ארוחת צהרים | | |
| 23 ₪ | ארוחת ערב | | |
| | | | |
| עד 20 ₪ לשעה | <u>לשעת עבודה</u> | <u>התעריף המירבי</u> | <u>שמרטפות</u> |
| | | | |
| לא יעלה על הסכום השווה למקסימום התגמול הקבוע בפרק ו' 4 לחוק הביטוח הלאומי (משולב) התשכ"ח - 1968. | | יתבסס על אישורי הכנסה שיציג בן המשפחה | <u>החזר כספי לאובדן ימי עבודה</u> |

הצהרת בן משפחה של נכה מאושפז - להחזר הוצאות

| | | | | |
|--------------|----------|-----------|--------------|-----------------|
| פרטי המאושפז | מספר תיק | שם ומשפחה | כתובת מגורים | מחוז שיקום מטפל |
|--------------|----------|-----------|--------------|-----------------|

| | | | | | |
|--|-----------------|----------|------|-------------------|-------------------|
| חומרת הפגיעה: הקף בעיגול המשבצת המתאימה | קשה / אנוש * | בינוני * | קל * | תאריך תחילת אשפוז | בית חולים / מחלקה |
|--|-----------------|----------|------|-------------------|-------------------|

אני, הח"מ: שם ומשפחה _____ מס. ת.ז.: _____ שקירבתי אל המאושפז היא: בן/בת זוג / הורה / בן/בת / אח/אחות* של המאושפז,

מצהיר/ה בזאת שהוצאתי הסכומים המפורטים להלן, לצורך ביקור אצל /שהיה ליד המאושפז

* - הקף בעיגול את חומרת הפגיעה ואת קירבת המשפחה למאושפז

| תאריך | כלכלה | | | נסיעות | | לינה | |
|------------|-------|-------|-----|----------------|-----------------|----------|-------|
| | בוקר | צהרים | ערב | רכב פרטי (ק"מ) | אוטובוס (תעריף) | שם המלון | תעריף |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| סה"כ הוצאה | | | | | | | |

- רצ"ב: 1. קבלות מקור על לינה, טיסה.
2. אישור הרופא המטפל על חומרת הפגיעה לחודש עבורו מבוקש החזר

תאריך: _____ הריני מאשר את הצהרתי זו בחתימתי: _____

נתונים ואישורים להחזר בגין אובדן משכורת
(סעיפים 28-30 להוראה)

שם הנכה: _____ מס' תיק: _____ מחוז: _____

רופא מחוזי

על הרופא המחוזי לסמן $\sqrt{\quad}$ בריבוע המתאים וזאת ע"פ מסמכי בית החולים.

קשה/ אנוש

בינוני

מאושפז במרכזי שיקום

אחר: _____

תאריך: _____ חתימה וחותמת: _____

עובדת רווחה (הערה: חובה למלא את כל הפרטים בחלק זה)

מצ"ב אישור היעדרות מעבודה, מסמכים ותלושי שכר רלוונטים.

תקופת היעדרות: מ- _____ ועד- _____

מ- _____ ועד- _____

לא שולם שכר לעובד, ולא חוייב מחלה או חופשה (ההחזר ישירות לעובד)

שולם שכר לתקופה הנ"ל ויש להחזיר את התמורה למעביד *

* יש לבדוק אם המוטב מופיע בקובץ מוטבים, אם לא יש לצרף בטופס פתיחת מוטב.

תאריך: _____ חתימה וחותמת: _____

תחום תגמולים

פירוט החישוב לתשלום או החזר למעביד:

תאריך: _____ חתימה וחותמת: _____