

<p>חווה העסקה סטנדרטי נוסח ב' - כאשר המעסיק אינו המטופל</p> <p>עבור עובד סיעוד זר המשמש כמטפל בתנאי מגורים בבית המטופל במדינת ישראל</p>	<p>Standard Employment Contract- version B- When Employer is not PWD</p> <p>for Home Based (Live-In) Foreign Caregivers in the State of Israel</p>
<p>חווה העסקה זה נערך ונחתם על ידי ובין:</p>	<p>This Employment contract is executed and entered into by and between:</p>
<p>א. המעסיק מר/גב': <u>בפרי בת שבע</u></p> <p>מס' תעודת זהות: <u>059087049</u></p> <p>כתובת/מקום העבודה: <u>5/13 סמ"ב (ת"פ)</u></p> <p>מס' טלפון נייד: <u>054-451-4442</u></p> <p>(להלן: "המעסיק")</p>	<p>A. Employer Mr./Ms.: <u>Bapri Bat Sheva Betty</u> <u>Netanya.</u></p> <p>ID No.: <u>059087049</u></p> <p>Address/Workplace: <u>5/13 Shimon Gabai</u></p> <p>Cellphone number: <u>054-451-4442</u> (hereinafter referred to as "the Employer")</p> <p><u>054-451-4442</u></p>
<p>ב. המטפל מר/גב': <u>DISNA SAMANHALI DUNU MUDIYANSE</u></p> <p>מס' דרכון ומדינה: <u>N9771562</u></p> <p>(להלן: "המטפל")</p>	<p>AND THE</p>
<p>ג. המטופל מר/גב' <u>אלס' א' כ' 047549738</u></p> <p>מספר ת.ז. <u>82947540</u></p> <p>כתובת (מקום העבודה): <u>5/13 סמ"ב (ת"פ)</u></p> <p>מספר טלפון: <u>054-451-4442</u></p> <p>להלן: המטופל</p>	<p>B. Caregiver Mr./Ms.: <u>DISNA SAMANHALI DUNU MUDIYANSE</u></p> <p>Passport Number and Country: <u>N9771562</u></p> <p>(hereinafter referred to as "The Caregiver")</p>
<p>המעסיק והמטפל (להלן: "הצדדים") מתחייבים מצונם החופשי לתנאים הבאים:</p>	<p>Concerning</p> <p>C. Person With Disability Mr./Ms. <u>Dussie Mary</u> ID No. <u>047549738</u> Address(Workplace): <u>5/13 Shimon Gabai Netanya</u> Phone Number: <u>054-451-4442</u> Hereinafter referred to as "the PWD"</p>
<p>1. הצהרות מעסיק:</p>	<p>The Employer and the Caregiver (hereinafter: the Parties) voluntarily bind themselves to the following terms and conditions:</p>
<p>א. המעסיק מצהיר כי הינו:</p> <p>1. האפוטרופוס החוקי של המטופל כמפורט בצו האפוטרופסות מצורף כנספח ד' לחווה העסקה סטנדרטי זה, ואו</p> <p>2. קרוב משפחה מדרגה ראשונה של המטופל (יש לסמן את הקרבה הרלוונטית): הורה, ילד, נ/בת זוג, אח/אחות.</p> <p>ב. המעסיק מצהיר כי המטופל מחזק בהיתר בר תקוף מרשות האוכלוסין וההגירה בישראל (להלן:</p>	<p>1. EMPLOYER DECLARATIONS:</p> <p>a. The Employer hereby declares that he is:</p> <p>1. The legal guardian of the PWD as set out in the guardianship order attached as Annex D f this SEC and/or</p> <p>2. A first degree relative of the PWD (circle the relevant relationship): parent, <u>child</u>, spouse, sibling.</p> <p>b. The Employer declares that the PWD holds</p>

נתן שרון כפרי  
(חנ)

עומר