

<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>שלום בן ארי</u></p> <p>מס' תעודת זהות: <u>1065831661</u></p> <p>כתובת/מקום העבודה: <u>ב' עין חרוד</u></p> <p>מס' טלפון נייד: <u>054-4804452</u></p> <p>(להלן: "המעסיק")</p>	<p>A. Employer</p> <p>Mr./Ms.: <u>Shalom Ben Ari</u></p> <p>ID No.: <u>065831661</u></p> <p>Address/Workplace: <u>B' Ein Harod</u></p> <p>Cellphone number: <u>054-4804452</u></p> <p>(hereinafter referred to as "the Employer")</p>
<p>ב. המטפל מר/גב': <u>אפאג'אלה גורה צאנדריקה לאקמאלי</u></p> <p>מס' דרכון ומדינה: <u>N7746490</u> (סרי לנקה (צילון))</p> <p>(להלן: "המטפל")</p>	<p>B. Caregiver</p> <p>Mr./Ms.: <u>CHANDRIKA LAKMALI APAJJALA GORA</u></p> <p>Passport Number and Country: <u>N7746490</u> : <u>Sri Lanka</u></p> <p>(hereinafter referred to as "The Caregiver")</p>
<p>ג. המטופל מר/גב': <u>דנה בן ארי</u></p> <p>מספר ת.ז.: <u>026863167</u></p> <p>כתובת (מקום העבודה): <u>ב' עין חרוד</u></p> <p>מספר טלפון: <u>054-4804452</u></p> <p>להלן: המטופל</p>	<p>C. Person With Disability</p> <p>Mr./Ms. <u>dina ben ari</u></p> <p>ID No. <u>026863167</u></p> <p>Address(Workplace): <u>BE'ER SHEVA</u></p> <p>Phone Number: _____</p> <p>Hereinafter referred to as "the PWD"</p>
<p>המעסיק והמטפל (להלן: "הצדדים") מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים:</p>	<p>The Employer and the Caregiver (hereinafter: the Parties) voluntarily bind themselves to the following terms and conditions:</p>
<p>1. הצהרות מעסיק:</p> <p>א. המעסיק מצהיר כי הינו:</p> <p>1. האפוטרופוס החוקי של המטופל כמפורט בצו האפוטרופוסות מצורף כנספח ד' לחווה העסקה סטנדרטי זה, ואו</p> <p>2. קרוב משפחה מדרגה ראשונה של המטופל (יש לסמן את הקרבה הרלוונטית): הורה, ילד, בן/בת זוג, אח/אחות.</p> <p>ב. המעסיק מצהיר כי המטופל מחזק בהיתר בר תוקף 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 of this SEC and/or</p> <p>2. A first degree relative of the PWD (circle the relevant relationship): parent, child, spouse, sibling.</p> <p>b. The Employer declares that the PWD holds</p>

4/10