

	חוזה העסקה סטנדרטי נוסח בי- כאשר המעסיק	Standard Employment Contract- version B- When
- 1	אינו המטופל	Employer is not PWD
	עבור עובד סיעוד זר המשמש כמטפל בתנאי מגורים בבית המטופל במדינת ישראל	for Home Based (Live-In) Foreign Caregivers in the
-		State of Israel
	חוזה העסקה זה נערך ונחתם על ידי ובין:	This Employment contract is executed and entered
 -		into by and between:
	א. המעסיק מבער <i>ני</i> נחום רות	A. Employer
	מר/גבי:	Mr./Ms.: Nahum Rut
	מסי תעודת זהות:	
	003988540	ID No.: 003988540
	: כתובת/מקום העבודה	Address/Workplace: Hazait 114 Emunim
	הזית 114 אמונים	Cellphone number: <u>050-5736</u> 917
		(hereinafter referred to as "the Employer")
	מסי טלפון נייד:	
	050-5736917	
	(להלן: ״המעסיק״)	•
		2
	-1	AND THE
	ב. המטפל	B. Caregiver
Kain	n <u>ayaka Mudiyanse Nayomi Chathurika</u> : מרעבי	Mr./Ms.:
	מס' דרכון ומדינה :	Rathnayaka Mudiyanse Nayomi Chathurika
	N9146023 סרי לנקה	Passport Number, and
		Country N9146023 : Sri Lanka
	(להלן: ״המטפל״)	(hereinafter referred to as "The Caregiver")
	בעניין	Concerning
	ג. המטופל בחבר ווילות	C. Person With Disability
	מר/גב׳ נחום שלום	мг./мs. <u>Nahum Shalo</u> m
1	מספר ת.ז. 1/22/14/40	
١,	כתובת (מקום העבודה)	ID No. <u>041412271</u>
1	כתובת (מקום העבודה) הזית 114 אמונים	Address(Workplace) Hazait 114 Emunim
	הזית 114 אמונים מספר טלפון: 050-7530 <u>750</u>	Address(Workplace) Hazait 114 Emunim Phone Number: 050-7530750
	הזית 114 אמונים	Address(Workplace) Hazait 114 Emunim
	הזיח 114 אמונים מספר טלפון: <u>050-7530750</u> להלן: המטופל	Address(Workplace) Hazait 114 Emunim Phone Number: 050-7530750 Hereinafter referred to as "the PWD"
	הזית 114 אמונים מספר טלפון: 050-7530 <u>750</u>	Address(Workplace) Hazait 114 Emunim Phone Number: 050-7530750 Hereinafter referred to as "the PWD" The Employer and the Caregiver (hereinafter: the
	הזיח 114 אמונים מספר טלפון: <u>050-7530750</u> להלן: המטופל המעסיק והמטפל (להלן: "הצדדים) מתחייבים	Address(Workplace) Hazait 114 Emunim Phone Number: 050-7530750 Hereinafter referred to as "the PWD" The Employer and the Caregiver (hereinafter: the Parties) voluntarily bind themselves to the
	הזיח 114 אמונים מספר טלפון: <u>050-7530750</u> להלן: המטופל המעסיק והמטפל (להלן: "הצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים:	Address(Workplace) Hazait 114 Emunim Phone Number: 050-7530750 Hereinafter referred to as "the PWD" The Employer and the Caregiver (hereinafter: the Parties) voluntarily bind themselves to the following terms and conditions:
	הזיח 114 אמונים מספר טלפון: 050-7530750 להלן: המטופל המעסיק והמטפל (להלן: "הצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים:	Address(Workplace) Hazait 114 Emunim Phone Number: 050-7530750 Hereinafter referred to as "the PWD" The Employer and the Caregiver (hereinafter: the Parties) voluntarily bind themselves to the following terms and conditions: 1. EMPLOYER DECLARATIONS:
1	הזיח 114 אמונים מספר טלפון: 050-7530750 להלן: המטופל המעסיק והמטפל (להלן: "הצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים: 1. הצהרות מעסיק:	Address(Workplace) Hazait 114 Emunim Phone Number: 050-7530750 Hereinafter referred to as "the PWD" The Employer and the Caregiver (hereinafter: the Parties) voluntarily bind themselves to the following terms and conditions: 1. EMPLOYER DECLARATIONS: a. The Employer hereby declares that he is:
1	הזיח 114 אמונים מספר טלפון: 050-7530750 להלן: המטופל המעסיק והמטפל (להלן: "הצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים: 1. הצהרות מעסיק: א. המעסיק מצהיר כי הינו: 1. האפוטרופוס החוקי של המטופק	Address(Workplace) Hazait 114 Emunim Phone Number: 050-7530750 Hereinafter referred to as "the PWD" The Employer and the Caregiver (hereinafter: the Parties) voluntarily bind themselves to the following terms and conditions: 1. EMPLOYER DECLARATIONS: a. The Employer hereby declares that he is: 1. The legal guardian of the PWD as set out in
1	הזיח 114 אמונים מספר טלפון: 050-7530750 להלן: המטופל המעסיק והמטפל (להלן: "הצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים: 1. הצהרות מעסיק:	Address(Workplace) Hazait 114 Emunim Phone Number: 050-7530750 Hereinafter referred to as "the PWD" The Employer and the Caregiver (hereinafter: the Parties) voluntarily bind themselves to the following terms and conditions: 1. EMPLOYER DECLARATIONS: a. The Employer hereby declares that he is: 1. The legal guardian of the PWD as set out in the guardianship order attached as Annex D f
1	הזיח 114 אמונים מספר טלפון: 050-7530750 להלן: המטופל המעסיק והמטפל (להלן: "הצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים: 1. הצהרות מעסיק: א. המעסיק מצהיר כי הינו: 1. האפוטרופוס החוקי של המטופק מפורט בצו האפוטרופסות מצורף	Address(Workplace) Hazait 114 Emunim Phone Number: 050-7530750 Hereinafter referred to as "the PWD" The Employer and the Caregiver (hereinafter: the Parties) voluntarily bind themselves to the following terms and conditions: 1. EMPLOYER DECLARATIONS: a. The Employer hereby declares that he is: 1. The legal guardian of the PWD as set out in the guardianship order attached as Annex D f this SEC and/or
1	הזיח 114 אמונים מספר טלפון: 050-7530750 להלן: המטופל המעסיק והמטפל (להלן: "הצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים: 1. הצהרות מעסיק: א. המעסיק מצהיר כי הינו: 1. האפוטרופוס החוקי של המטופק כמפורט בצו האפוטרופסות מצורף, כנספח די לחוזה העסקה סטנדרטי, זה, ו/או	Address(Workplace) Hazait 114 Emunim Phone Number: 050-7530750 Hereinafter referred to as "the PWD" The Employer and the Caregiver (hereinafter: the Parties) voluntarily bind themselves to the following terms and conditions: 1. EMPLOYER DECLARATIONS: a. The Employer hereby declares that he is: 1. The legal guardian of the PWD as set out in the guardianship order attached as Annex D f this SEC and/or 2. A first degree relative of the PWD (circle the
1	הזיח 114 אמונים מספר טלפון: 050-7530750 להלן: המטופל המעסיק והמטפל (להלן: "הצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים: 1. הצהרות מעסיק: א. המעסיק מצהיר כי הינו: במפורט בצו האפוטרופסות מצורף כמפורט בצו האפוטרופסות מצורף כנספח די לחוזה העסקה סטנדרטי זה, ו/או במפורם משפחה מדרגה ראשונה של המטופל (יש לסמן את הקרבה	Address(Workplace) Hazait 114 Emunim Phone Number: 050-7530750 Hereinafter referred to as "the PWD" The Employer and the Caregiver (hereinafter: the Parties) voluntarily bind themselves to the following terms and conditions: 1. EMPLOYER DECLARATIONS: a. The Employer hereby declares that he is: 1. The legal guardian of the PWD as set out in the guardianship order attached as Annex D f this SEC and/or 2. A first degree relative of the PWD (circle the relevant relationship): parent, child, spouse,
1	הזיח 114 אמונים מספר טלפון: 050-7530750 להלן: המטופל המעסיק והמטפל (להלן: ״הצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים: 1. הצהרות מעסיק: א. המעסיק מצהיר כי הינו: במפורט בצו האפוטרופסות מצורף כנספח די לחוזה העסקה סטנדרטי זה, ו/או במטופל (יש לסמן את הקרבה המטופל (יש לסמן את הקרבה הבטופל (יש לסמן את הקרבה הרלוונטית): הורה, ילד, בן/בת זוג	Address(Workplace) Hazait 114 Emunim Phone Number: 050-7530750 Hereinafter referred to as "the PWD" The Employer and the Caregiver (hereinafter: the Parties) voluntarily bind themselves to the following terms and conditions: 1. EMPLOYER DECLARATIONS: a. The Employer hereby declares that he is: 1. The legal guardian of the PWD as set out in the guardianship order attached as Annex D f this SEC and/or 2. A first degree relative of the PWD (circle the
1	הזיח 114 אמונים מספר טלפון: 050-7530750 להלן: המטופל המעסיק והמטפל (להלן: "הצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים: 1. הצהרות מעסיק: א. המעסיק מצהיר כי הינו: במפורט בצו האפוטרופסות מצורף כמפורט בצו האפוטרופסות מצורף כנספח די לחוזה העסקה סטנדרטי זה, ו/או במפורם משפחה מדרגה ראשונה של המטופל (יש לסמן את הקרבה	Address(Workplace) Hazait 114 Emunim Phone Number: 050-7530750 Hereinafter referred to as "the PWD" The Employer and the Caregiver (hereinafter: the Parties) voluntarily bind themselves to the following terms and conditions: 1. EMPLOYER DECLARATIONS: a. The Employer hereby declares that he is: 1. The legal guardian of the PWD as set out in the guardianship order attached as Annex D f this SEC and/or 2. A first degree relative of the PWD (circle the relevant relationship): parent, child, spouse, sibling.
	הזית 114 אמונים מספר טלפון: 050-7530750 להלן: המטופל להלן: ייהצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים: 1. הצהרות מעסיק: א. המעסיק מצהיר כי הינו: 1. האפוטרופוס החוקי של המטופק כמפורט בצו האפוטרופסות מצורף כנספח די לחוזה העסקה סטנדרטי זה, ו/או 2. קרוב משפחה מדרגה ראשונה שק הרלוונטית): הורה, ילד, בן/בת זוג, הת/אחות.	Address(Workplace) Hazait 114 Emunim Phone Number: 050-7530750 Hereinafter referred to as "the PWD" The Employer and the Caregiver (hereinafter: the Parties) voluntarily bind themselves to the following terms and conditions: 1. EMPLOYER DECLARATIONS: a. The Employer hereby declares that he is: 1. The legal guardian of the PWD as set out in the guardianship order attached as Annex D f this SEC and/or 2. A first degree relative of the PWD (circle the relevant relationship): parent, child, spouse, sibling.
	הזיח 114 אמונים מספר טלפון: 050-7530750 להלן: המטופל המעסיק והמטפל (להלן: "הצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים: 1. הצהרות מעסיק: א. המעסיק מצהיר כי הינו: מפורט בצו האפוטרופסות מצורף כמפורט בצו האפוטרופסות מצורף כנספח די לחוזה העסקה סטנדרטי זה, ו/או ב. קרוב משפחה מדרגה ראשונה של המטופל (יש לסמן את הקרבה המטופל (יש לסמן את הקרבה הרלוונטית): הורה, ילד, בן/בת זוג, אח/אחות.	Address(Workplace) Hazait 114 Emunim Phone Number: 050-7530750 Hereinafter referred to as "the PWD" The Employer and the Caregiver (hereinafter: the Parties) voluntarily bind themselves to the following terms and conditions: 1. EMPLOYER DECLARATIONS: a. The Employer hereby declares that he is: 1. The legal guardian of the PWD as set out in the guardianship order attached as Annex D f this SEC and/or 2. A first degree relative of the PWD (circle the relevant relationship): parent, child, spouse, sibling. b. The Employer declares that the PWD holds a valid permit from the Population and
	הזיח 114 אמונים מספר טלפון: 050-7530750 להלן: המטופל להלן: המטופל (להלן: "הצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים: 1. הצהרות מעסיק: 1. האפוטרופוס החוקי של המטופק מצהיר כי הינו: מפורט בצו האפוטרופסות מצורף כנספח די לחוזה העסקה סטנדרטי לנספח די לחוזה העסקה סטנדרטי זה, ו/או 2. קרוב משפחה מדרגה ראשונה של המטופל (יש לסמן את הקרבה המטופל (יש לסמן את הקרבה הרלוונטית): הורה, ילד, בן/בת זוג, אח/אחות. ב. המעסיק מצהיר כי המטופל מחזק בהיתר בו תוקף מרשות האוכלוסין וההגירה בישראי (להלן: "ירשות האוכלוסין") המתיר לו להעסיכ	Address(Workplace) Hazait 114 Emunim Phone Number: 050-7530750 Hereinafter referred to as "the PWD" The Employer and the Caregiver (hereinafter: the Parties) voluntarily bind themselves to the following terms and conditions: 1. EMPLOYER DECLARATIONS: a. The Employer hereby declares that he is: 1. The legal guardian of the PWD as set out in the guardianship order attached as Annex D f this SEC and/or 2. A first degree relative of the PWD (circle the relevant relationship): parent, child, spouse, sibling. b. The Employer declares that the PWD holds a valid permit from the Population and Immigration Authority in Israel (hereinafter:
	הזיח 114 אמונים מספר טלפון: 050-7530750 להלן: המטופל המעסיק והמטפל (להלן: "הצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים: 1. הצהרות מעסיק: א. המעסיק מצהיר כי הינו: כמפורט בצו האפוטרופסות מצורף כנספח די לחוזה העסקה סטנדרטי זה, ו/או בנספח די לחוזה העסקה סטנדרטי זה, ו/או המטופל (יש לסמן את הקרבה המטופל (יש לסמן את הקרבה הרלוונטית): הורה, ילד, בן/בת זוג, הרלוונטית): הורה, ילד, בן/בת זוג, אח/אחות. ב. המעסיק מצהיר כי המטופל מחזק בהיתר בו תוקף מרשות האוכלוסין וההגירה בישראים (להלן: "ירשות האוכלוסין") המתיר לו להעסיכ עובד זר במתן טיפול סיעודי	Address(Workplace) Hazait 114 Emunim Phone Number: 050-7530750 Hereinafter referred to as "the PWD" The Employer and the Caregiver (hereinafter: the Parties) voluntarily bind themselves to the following terms and conditions: 1. EMPLOYER DECLARATIONS: a. The Employer hereby declares that he is: 1. The legal guardian of the PWD as set out in the guardianship order attached as Annex D f this SEC and/or 2. A first degree relative of the PWD (circle the relevant relationship): parent, child, spouse, sibling. b. The Employer declares that the PWD holds a valid permit from the Population and Immigration Authority in Israel (hereinafter: PIBA) allowing him to employ a live-in foreign
	הזיח 114 אמונים מספר טלפון: 050-7530750 להלן: המטופל להלן: ייהצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים: 1. הצהרות מעסיק: א. המעסיק מצהיר כי הינו: ממפורט בצו האפוטרופסות מצורף כנספח די לחוזה העסקה סטנדרטיל מנסופל ויאו העסקה סטנדרטיל המטופל (יש לסמן את הקרבה המטופל (יש לסמן את הקרבה הרלוונטית): הורה, ילד, בן/בת זוג, אח/אחות. ב. המעסיק מצהיר כי המטופל מחזק בהיתר בו תוקף מרשות האוכלוסין וההגירה בישראים (להלן: "רשות האוכלוסין") המתיר לו להעסיר (להלוף: "רשות האוכלוסין") המתיר לו להעסיר עובד זר במתן טיפול סיעודי תוך מגורים בבית המעסיק, על מנת שיסייע לו	Address(Workplace) Hazait 114 Emunim Phone Number: 050-7530750 Hereinafter referred to as "the PWD" The Employer and the Caregiver (hereinafter: the Parties) voluntarily bind themselves to the following terms and conditions: 1. EMPLOYER DECLARATIONS: a. The Employer hereby declares that he is: 1. The legal guardian of the PWD as set out in the guardianship order attached as Annex D f this SEC and/or 2. A first degree relative of the PWD (circle the relevant relationship): parent, child, spouse, sibling. b. The Employer declares that the PWD holds a valid permit from the Population and Immigration Authority in Israel (hereinafter: PIBA) allowing him to employ a live-in foreign caregiver in his home to assist him with his
	הזיח 114 אמונים מספר טלפון: 050-7530750 להלן: המטופל המעסיק והמטפל (להלן: "הצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים: 1. הצהרות מעסיק: א. המעסיק מצהיר כי הינו: כמפורט בצו האפוטרופסות מצורף כנספח די לחוזה העסקה סטנדרטי זה, ו/או בנספח די לחוזה העסקה סטנדרטי זה, ו/או המטופל (יש לסמן את הקרבה המטופל (יש לסמן את הקרבה הרלוונטית): הורה, ילד, בן/בת זוג, הרלוונטית): הורה, ילד, בן/בת זוג, אח/אחות. ב. המעסיק מצהיר כי המטופל מחזק בהיתר בו תוקף מרשות האוכלוסין וההגירה בישראים (להלן: "ירשות האוכלוסין") המתיר לו להעסיכ עובד זר במתן טיפול סיעודי	Address(Workplace) Hazait 114 Emunim Phone Number: 050-7530750 Hereinafter referred to as "the PWD" The Employer and the Caregiver (hereinafter: the Parties) voluntarily bind themselves to the following terms and conditions: 1. EMPLOYER DECLARATIONS: a. The Employer hereby declares that he is: 1. The legal guardian of the PWD as set out in the guardianship order attached as Annex D f this SEC and/or 2. A first degree relative of the PWD (circle the relevant relationship): parent, child, spouse, sibling. b. The Employer declares that the PWD holds a valid permit from the Population and Immigration Authority in Israel (hereinafter: PIBA) allowing him to employ a live-in foreign

