

|   |   |
|---|---|
| <p>חוזה 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>חוזה העסקה זה נערך ונחתם על ידי ובין:</p>  | <p>This Employment contract is executed and entered into by and between:</p>  |
| <p>א. המעסיק<br/> מ/ר גב': <u>Almo Gatasho</u><br/> מס' תעודת זהות: <u>328895859</u><br/> כתובת/מקום העבודה:<br/> מס' טלפון נייד: <u>053-3039998</u><br/> (להלן: "המעסיק")</p>  | <p>A. Employer<br/> Mr./Ms.: <u>Almo Gatasho</u><br/> ID No.: <u>328895859</u><br/> Address/Workplace:<br/> Cellphone number: <u>053-3039998</u><br/> (hereinafter referred to as "the Employer")</p>   |
| <p>ו- AND THE</p>   | <p>AND THE</p>  |
| <p>ב. המטפל<br/> מ/ר גב': <u>רנסינגה מדוקה פרסדיני</u><br/> מס' דרכון ומדינה: <u>N9278672</u><br/> סרי לנקה (צילון)<br/> (להלן: "המטפל")</p>  | <p>B. Caregiver<br/> Mr./Ms.: <u>MADUKA PRASADINI RANASINGHE</u><br/> Passport Number and Country: <u>N9278672</u> ; <u>Sri Lanka</u><br/> (hereinafter referred to as "The Caregiver")</p>   |
| <p>בעניין Concerning</p>  | <p>Concerning</p>   |
| <p>ג. המטופל<br/> מ/ר גב': <u>באביל ינסו</u><br/> מספר ת.ז. <u>328895891</u><br/> (כתובת (מקום העבודה)<br/> גרינבוים 6/5 פתח תקווה<br/> מספר טלפון:<br/> להלן: המטופל</p>   | <p>C. Person With Disability<br/> Mr./Ms. _____<br/> ID No. <u>328895891</u><br/> Address (Workplace)<br/> <u>PETAH TIQWA</u><br/> Phone Number: _____<br/> Hereinafter referred to as "the PWD"</p>  |
| <p>המעסיק והמטפל (להלן: "הצדדים") מתחייבים מראשם 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>1. EMPLOYER DECLARATIONS:</p>  |
| <p>א. המעסיק מצהיר כי הינו:<br/> 1. האפוטרופוס החוקי של המטופל כמפורט בצו האפוטרופסות מצורף כנספח ד' לחוזה העסקה סטנדרטי זה, ו/או<br/> 2. קרוב משפחה מדרגה ראשונה של המטופל (מע לסמן את הקרבה הרלוונטית): הורה, ילד, בן/בת זוג, אח/אחות.<br/> ב. המעסיק מצהיר כי המטופל מחזק בהיתר בר. תוקף מרשות האוכלוסין וההגירה בישראל (להלן:</p> | <p>a. The Employer hereby declares that he is:<br/> 1. The legal guardian of the PWD as set out in the guardianship order attached as Annex D of this SEC and/or<br/> 2. A first degree relative of the PWD (circle the relevant relationship): parent, <u>child</u>, spouse, sibling.<br/> b. The Employer declares that the PWD holds</p> |