

2023

חוזה העסקה סטנדרטי נוסח ב׳- כאשר המעסיק	Standard Employment Contract- version B- When
אינו המטופל	Employer is not PWD
עבור עובד סיעוד זר המשמש כמטפל בתנאי מגורים	for Home Based (Live-In) Foreign Caregivers in the
בבית המטופל במדינת ישראל	State of Israel
חוזה העסקה זה נערך ונחתם על ידי ובין:	This Employment contract is executed and entered
	into by and between:
א. המעסיק	A. Employer
מראבי: כאל ע שאלי	Mr./Ms.: 61 1 -
מסי תעודת נהות:	Salamon Shilm
M 2-9912-86	ID No.: 072991785
	Address/Workplace: Kingst Tison Amon
כתובת/מקום העבודה:	Cellphone number: 05191454 Tanac
10 who tiple that him	(hereinafter referred to as "the Employer")
מסי טלפון נייד:	
052 42 44521	
((()))	* *
(להלן: ״המעסיק״)	
-)	AND THE
	B. Caregiver
C. navet	
000	Mr./Ms.: Varge Innoce Sandhai
מס' דרכון ומדינה:	The state of the s
29110942	Passport Number and Country SG DAKO:
(לחלן: "המטפל")	(hereinafter referred to as "The Caregiver")
בעניין	
,	Concerning C. Person With Disability
ג. המטופל מראבי כאולון איווו	Mr./Ms. Salary Elizaro
מספר ת.ז. גומ ארמשים ווו	1 ID No. (\) (\) (\) (\) (\) (\)
מספר ת.ז. אלא אלא אלא מספר ת.ז. אלא אלא אלא מספר ת.ז. אלא אלא אלא אלא אלא אלא אלא אלא אלא אל	ID No. 07 (00 (456)8
V	Address(Workplace) Krigot Tivo
כתובת (מקום העבודה) המשבר טלפון! אלון ואלון ב	Address(Workplace) Kirry of Tivonia
כתובת (מקום העבודה)	Address(Workplace) Krigot Tivo
כתובת (מקום העבודה) מספר טלפון! הלא הלן: המטופל	Address(Workplace) Kitty At Touch Phone Number: Standard Vertical Hereinafter referred to as "the PWD"
כתובת (מקום העבודה) המשבר טלפון! אלון ואלון ב	Address(Workplace) King Addres
כתובת (מקום העבודה) מספר טלפון! אלון הארך להלן: המטופל (להלן: "הצדדים) מתחייבים	Address(Workplace) Kitty To The Phone Number: The Employer and the Caregiver (hereinafter: the Parties) voluntarily bind themselves to the
כתובת (מקום העבודה) מספר טלפון! לאור לאור להלן: המטופל המעסיק והמטפל (להלן: "הצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים:	Address(Workplace) Kitty Tourist Phone Number: State The PWD" The Employer and the Caregiver (hereinafter: the Parties) voluntarily bind themselves to the following terms and conditions:
כתובת (מקום העבודה) מספר טלפון! אלון אלון להלן: המטופל המעסיק והמטפל (להלן: "הצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים: 1. הצהרות מעסיק:	Address(Workplace) Kitty To The Phone Number: Sometimes of the PWD" The Employer and the Caregiver (hereinafter: the Parties) voluntarily bind themselves to the following terms and conditions: 1. EMPLOYER DECLARATIONS:
כתובת (מקום העבודה) מספר טלפון! לאון לאון להלן: המטופל המעסיק והמטפל (להלן: "הצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים: 1. הצהרות מעסיק מצהיר כי הינו:	Address(Workplace) Address(Workp
כתובת (מקום העבודה) מספר טלפון! לאון לאון להלן: המטופל המעסיק והמטפל (להלן: "הצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים: 1. הצהרות מעסיק: א. המעסיק מצהיר כי הינו: 1. האפוטרופוס החוקי של המטופל	Address(Workplace) Address(Workp
כתובת (מקום העבודה) מספר טלפון! לאון לאון להלן: המטופל המעסיק והמטפל (להלן: "הצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים: 1. הצהרות מעסיק מצהיר כי הינו:	Address(Workplace) Address(Workplace) Address(Workplace) Address(Workplace) Address Ad
כתובת (מקום העבודה) מספר טלפון! לאון לאון לאון להלן: המטופל המעטיק והמטפל (להלן: "הצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים: 1. הצהרות מעטיק: א. המעטיק מצהיר כי הינו: 1. האפוטרופוס החוקי של המטופל כמפורט בצו האפוטרופסות מצורף	Address(Workplace) Address(Workplace) Address(Workplace) Address(Workplace) Address Ad
לתובת (מקום העבודה) מספר טלפון: לאון לאון 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	Address(Workplace) Address(Workp
כתובת (מקום העבודה) מספר טלפון: אלון וואר מספר טלפון: 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 2. קרוב משפחה מדרגה ראשונה של המטופל (יש לסמן את הקרבה המטופל (יש לסמן את הקרבה	Address(Workplace) Address(Workplace) Address(Workplace) Address(Workplace) Address Address Address Annex D f this SEC and/or 2. A first degree relative of the PWD (circle the relevant relationship): parent, child, spouse,
לתובת (מקום העבודה) מספר טלפון: אלין ואלין להלן: המטופל להלן: המטופל (להלן: "הצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים: 1. הצהרות מעסיק: א. המעסיק מצהיר כי חינו: מפורט בצו האפוטרופסות מצורף כמפורט בצו האפוטרופסות מצורף כמפורט בצו האפוטרופסות מצורף זה, ו/או 2. קרוב משפחה מדרגה ראשונה של המטופל (יש לסמן את הקרבה המטופל (יש לסמן את הקרבה הרלוונטית): הורה, עלד, בן/בת זוג,	Address(Workplace) Address(Workp
כתובת (מקום העבודה) מספר טלפון: אלון וואר מספר טלפון: 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 2. קרוב משפחה מדרגה ראשונה של המטופל (יש לסמן את הקרבה המטופל (יש לסמן את הקרבה	Address(Workplace) Address(Workplace) Address(Workplace) Address(Workplace) Address Ad
לתובת (מקום העבודה) מספר טלפון! ולאור להלן: מספר טלפון! ולאור להלן: המטופל המעטיק והמטפל (להלן: "הצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים: 1. הצהרות מעטיק: 1. האפוטרופוס החוקי של המטופל כמפורט בצו האפוטרופסות מצורף כנספח די לחוזה העסקה סטנדרטי זה, ו/או 2. קרוב משפחה מדרגה ראשונה של המטופל (יש לסמן את הקרבה הרלוונטית): הורה, עלד, בן/בת זוג, אח/אחות.	Address(Workplace) Address(Workp
לתובת (מקום העבודה) מספר טלפון: אלון וואר מספר טלפון: אלון וואר מספר טלפון: המטופל להלן: ייהצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים: 1. הצהרות מעסיק: 1. האפוטרופוס החוקי של המטופל מפורט בצו האפוטרופסות מצורף כמפורט בצו האפוטרופסות מצורף כנספח 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, עלד, בן/בת זוג, אח/אחות.	Address(Workplace) Phone Number: 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
לתובת (מקום העבודה) מספר טלפון: אלון וואר מספר טלפון: אלון וואר מסופל להלן: ייהצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים: 1. הצהרות מעסיק: 1. האפוטרופוס החוקי של המטופל מפורט בצו האפוטרופסות מצורף כמפורט בצו האפוטרופסות מצורף זה, ו/או 2. קרוב משפחה מדרגה ראשונה של המטופל (יש לסמן את הקרבה המטופל (יש לסמן את הקרבה הרלוונטית): הורה, עלד, בן/בת זוג, אח/אחות. ב. המעסיק מצהיר כי המטופל מחזק בהיתר בר תוקף מרשות האוכלוסין וההגירה בישראל תוקף מרשות האוכלוסין וההגירה בישראל	Address(Workplace) Phone Number: 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:
לתובת (מקום העבודה) מספר טלפון: אלון וואר מספר טלפון: אלון וואר מספר טלפון: המטופל להלן: ייהצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים: 1. הצהרות מעסיק: 1. האפוטרופוס החוקי של המטופל מפורט בצו האפוטרופסות מצורף כמפורט בצו האפוטרופסות מצורף כנספח 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, עלד, בן/בת זוג, הרלוונטית): הורה, עלד, בן/בת זוג, מוקף מצהיר כי המטופל מחזק בהיתר בר תוקף מרשות האוכלוסין וההגירה בישראל (להלן: "רשות האוכלוסין") המתיר לו להעסיק עובד זר במתן טיפול סיעודי	Address(Workplace) Phone Number: 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
לתובת (מקום העבודה) מספר טלפון: אלון אלון אלון המטופל להלן: ייהצדדים) מתחייבים המעסיק והמטפל (להלן: ייהצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים: 1. הצהרות מעסיק: 1. האפוטרופוס החוקי של המטופל מפורט בצו האפוטרופסות מצורף כנספח 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, עלד, בן/בת זוג, הרלוונטית): הורה, עלד, בן/בת זוג, מוקף מצהיר כי המטופל מחזק בהיתר בר תוקף מרשות האוכלוסין וההגירה בישראל (להלן: "רשות האוכלוסין") המתיר לו להעסיק עובד זר במתן טיפול סיעודי תוד מגורים בבית המעסיק, על מנת שיסייע לו	Address(Workplace) Phone Number: 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
לתובת (מקום העבודה) מספר טלפון: אלון וואר מספר טלפון: אלון וואר מספר טלפון: המטופל להלן: ייהצדדים) מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים: 1. הצהרות מעסיק: 1. האפוטרופוס החוקי של המטופל מפורט בצו האפוטרופסות מצורף כמפורט בצו האפוטרופסות מצורף כנספח 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, עלד, בן/בת זוג, הרלוונטית): הורה, עלד, בן/בת זוג, מוקף מצהיר כי המטופל מחזק בהיתר בר תוקף מרשות האוכלוסין וההגירה בישראל (להלן: "רשות האוכלוסין") המתיר לו להעסיק עובד זר במתן טיפול סיעודי	Address(Workplace) Phone Number: 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

Southyn.