

<p>חזרה 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>חזרה העסקה זה נערך ונחתם על ידי ובין:</p>	<p>This Employment contract is executed and entered into by and between:</p>
<p>א. המעסיק מ/ר/גב': <u>סטימן יעקב</u> מס' תעודת זהות: <u>065087223</u> כתובת/מקום העבודה: _____ מס' טלפון נייד: <u>050-9262247</u> (להלן: "המעסיק")</p>	<p>A. Employer Mr./Ms.: <u>Steierman Jacob</u> ID No.: <u>065087223</u> Address/Workplace: _____ Cellphone number: <u>050-9262247</u> (hereinafter referred to as "the Employer")</p>
<p>ו-1</p>	<p>AND THE</p>
<p>ב. המטפל אנה מסטריג ארנגה נירמני אריה מ/ר/גב': _____ מס' דרכון ומדינה: _____ סרי לנקה (צילון) N9815186 (להלן: "המטפל")</p>	<p>B. Caregiver Mr./Ms.: <u>ERANGA NIRMANI ARIYA ANA MESTHRIYAG</u> Passport Number and Country: <u>N9815186 Sri Lanka</u> (hereinafter referred to as "The Caregiver")</p>
<p>בעניין</p>	<p>Concerning</p>
<p>ג. המטופל מ/ר/גב' שטימן אדריאנה מספר ת.ז. <u>065480162</u> כתובת (מקום העבודה) _____ סמילנסקי 25/9 פתח תקווה מספר טלפון: _____ להלן: המטופל</p>	<p>C. Person With Disability Mr./Ms. <u>Adriana Stlrman</u> ID No. <u>065480162</u> Address(Workplace) _____ <u>Smilanski 25/9 PETAH TIQWA</u> Phone Number: _____ 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>1. EMPLOYER DECLARATIONS:</p>
<p>א. המעסיק מצהיר כי הינו:</p> <p>1. האפוטרופוס החוקי של המטופל כמפורט בצו האפוטרופסות מצורך כנספח ד' לחוזה העסקה סטנדרטי זה, ו/או</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>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, <u>child</u>, spouse, sibling.</p> <p>b. The Employer declares that the PWD holds</p>

2