



<p>חוזה העסקה סטנדרטי נוסח ב' - כאשר המעסיק אינו המטופל</p> <p>עבור עובד סיעודי 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 מר/מס': <u>א/כ 333</u></p> <p>מס' תעודת זהות: <u>212189350</u></p> <p>כתובת/מקום העבודה: <u>אזור 1</u></p> <p>מס' טלפון נייד: <u>0505726404</u></p> <p>(להלן: "המעסיק")</p>	<p>A. Employer</p> <p>Mr./Ms.: <u>OR YADAD</u></p> <p>ID No.: <u>212189350</u></p> <p>Address/Workplace: _____</p> <p>Cellphone number: <u>0505726404</u></p> <p>(hereinafter referred to as "the Employer")</p>
<p>ב. המטפל מר/מס': <u>בני</u></p> <p>מס' דרכון ומדינה: <u>N8433918</u> (סרי לנקה (צילון))</p> <p>(להלן: "המטפל")</p>	<p>AND THE</p>
<p>ג. המטופל מר/מס': <u>חדד רחל</u></p> <p>מספר ת.ז.: <u>055928394</u></p> <p>כתובת (מקום העבודה): _____</p> <p>הגפן: <u>1262/12 בית שמש</u></p> <p>מספר טלפון: _____</p> <p>להלן: המטופל</p>	<p>B. Caregiver</p> <p>Mr./Ms.: <u>NADEESHA BUDDHINI WA GALAPPATHHT</u></p> <p>Passport Number and Country: <u>N8433918</u> : <u>Sri Lanka</u></p> <p>(hereinafter referred to as "The Caregiver")</p>
<p>בעניין</p>	<p>Concerning</p>
<p>המעסיק והמטפל (להלן: "הצדדים") מתחייבים מראשם החופשי לתנאים הבאים:</p>	<p>C. Person With Disability</p> <p>Mr./Ms.: _____</p> <p>ID No.: <u>055928394</u></p> <p>Address(Workplace): _____</p> <p><u>BET SHEMESH</u></p> <p>Phone Number: _____</p> <p>Hereinafter referred to as "the PWD"</p>
<p>1. הצהרות מעסיק:</p>	<p>The Employer and the Caregiver (hereinafter: the Parties) voluntarily bind themselves to the following terms and conditions:</p>
<p>א. המעסיק מצהיר כי הינו:</p> <p>1. האפוטרופוס החוקי של המטופל כמפורט בצו האפוטרופוסות מצורף כנספח ד' לחוזה 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 ותהגירה 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, <u>child</u>, spouse, sibling.</p> <p>b. The Employer declares that the PWD holds</p>

א/כ 333 X

א/כ 333 X

Handwritten signature