



| | |
|--|--|
| <p>חווה העסקה סטנדרטי נוסח ב' - כאשר המעסיק אינו המטופל</p> <p>עבור עובד סיעוד זה 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>חווה 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/גב': <u>3/3 יוני</u></p> <p>מס' תעודת זהות: <u>010042000</u></p> <p>כתובת/מקום העבודה: <u>31/1 רינה יוסף יפו</u></p> <p>מס' טלפון נייד: <u>054-5241526</u></p> <p>(להלן: "המעסיק")</p> | <p>A. Employer Mr./Ms.: <u>DAVID ZIYEN</u></p> <p>ID No.: <u>010042000</u></p> <p>Address/Workplace: <u>DILA RINA YUSEF RI-MAV</u></p> <p>Cellphone number: <u>054 5241526</u></p> <p>(hereinafter referred to as "the Employer")</p> |
| <p>ו-</p> | <p>AND THE</p> |
| <p>ב. המטפל מר/גב': <u>נילנטי</u></p> <p>מס' דרכון ומדינה: <u>N8695925</u> סרי לנקה (צ'לון)</p> <p>(להלן: "המטפל")</p> | <p>B. Caregiver Mr./Ms.: <u>NILANTHI NAWARATHNA</u></p> <p>Passport Number and Country: <u>N8695925</u> Sri Lanka</p> <p>(hereinafter referred to as "The Caregiver")</p> |
| <p>בעניין</p> | <p>Concerning</p> |
| <p>ג. המטופל מר/גב' <u>ציון יהודית</u></p> <p>מספר ת.ז. <u>001544741</u></p> <p>כתובת (מקום העבודה) <u>דילה רינה יוסף 31/1 תל אביב - יפו</u></p> <p>מספר טלפון: <u>03-6494431</u></p> <p>להלן: המטופל</p> | <p>C. Person With Disability Mr./Ms. <u>yeudit sion</u></p> <p>ID No. <u>001544741</u></p> <p>Address(Workplace) <u>TEL AVIV - YAFO</u></p> <p>Phone Number: _____</p> <p>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>א. המעסיק מצהיר כי הינו:</p> <p>1. האפוטרופוס החוקי של המטופל כמפורט בצו האפוטרופסות מצורף כנספח ד' לחוזה העסקה סטנדרטי זה, ואני</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>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> |

Handwritten signature/initials.

Handwritten signature/initials.

Handwritten signature/initials.