

This document is not confirmation that the form has been submitted

## Application for an entry permit to Israel during the COVID-19 pandemic for passengers traveling with a foreign passport

Application number: 862688

### Request details

Passport number

S1648429

Last Name

Anvith Ajjampura

First Name

Anvith Ajjampura

Mobile phone

+8762435899

Email

anithabm89@gmail.com

Copy of the passenger's passport

Anvith passport.jpg

Passport nationality

INDIA

Additional citizenship

Medical status

Unvaccinated nor recovered

Are you holding overseas health insurance that includes medical coverage for COVID-19?

Yes

No

Arriving from (country)

India

Which Israeli embassy or consulate are you applying to?

BENGALURU

Are you traveling with other family members who have applied for a permit?

Yes

No

### Please specify applications numbers for the permits associated with this request

row 1

Application number

000101

### Travel details

**Purpose of traveling to the State of Israel**

Other

**Please specify the reason for the request to travel to Israel**

TO MEET AND STAY WITH MY FATHER

**Please indicate if traveling to Israel through other countries (Connection countries)**

No



Yes

**Scheduled flight date**

01/11/2021

**Are there additional supporting documents to attach/upload?**

No



Yes

**Documents****Document 1****Description**

Passport Copy

**Attachment**

Anvith passport.jpg

**Document 2****Description**

Isolation Form

**Attachment**

AnvithIsolationForm.pdf

**Applicant's comments:**



ראש שרותי בריאות הציבור

Director of Public Health Services

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**הנדון: התחייבות בקשר לקבלת אישור כניסה פרטני למדינת ישראל**

הואיל ופנית בבקשה לקבלת אישור פרטני לכניסה לישראל, מצייב טופס התחייבות לחתימתך המהווה תנאי לאישור הכניסה.

**Subject: obligations regarding individual permission to enter The State of Israel**

-

**As you have applied for an individual permit to enter Israel, attached is a commitment form for your signature, which is a condition for approval.**

Name of the undersigned Anvith Ajampura : שם החתום/ה מטה:

ID or Passport number S1648429 : ת"ז או דרכון:

Telephone number (where you can be reached in Israel) 0587939136 : טלפון:

Flight Number Air India-AI501 and AI139 : מס' טיסה

isolation Full Dan Dayan street.#26/7,Kiryatshmona,Israel : מקום הבידוד (כתובת מלאה):  
place of address

Name of host Vinayaka A.C(Father) : שם המארח

host number phone 0587939136 : מספר טלפון של המארח

**אני החתום/ה מטה מתחייבות בזאת לעמוד בתנאים המפורטים להלן:**

**I, the undersigned, hereby guarantee that the applicants, who are not residents of Israel, comply with the following conditions:**

1. אני מכירה את ההנחיות לבידוד בית המפורסמות באתר משרד הבריאות.  
**Applicants are familiar with the guidelines for home isolation available on the Ministry of Health website.**
2. אני מתחייבת לפעול בהתאם להנחיות המפורסמות באתר משרד הבריאות.  
**Applicants have pledged to follow the guidelines published on the Ministry of Health website.**
3. אני מתחייבת לדווח למשרד הבריאות על שהותי בבידוד בית באתר:  
I undertake to report my home isolation to the ministry of health at:

<https://govforms.gov.il/mw/forms/HouseIsolation@health.gov.il>




ראש שרותי בריאות הציבור

Director of Public Health Services

**משרד  
הבריאות**  
 לחיים בריאים יותר

4. אני מתחייבת כי הנסיעה משדה התעופה לדירה בה ישוהו בבידוד תהיה ברכב פרטי בלבד (ולא בתחבורה ציבורית, ובכלל זה מונית).  
Applicants will travel from the airport to the address where they will stay in isolation only by private vehicle (and not by public transport, including taxis).
5. אני מתחייבת למדוד חום גוף מדי יום במהלך 14 הימים החל מיום הנחיתה בארץ.  
Applicants will measure body temperature daily during the 14 days from the date of landing in the country.
6. בכל מקרה של הופעת חום מעל 38 מעלות, שיעול, קושי בנשימה או תסמין נשימתי אחר, אני מתחייבת לדווח באופן מיידי למשרד הבריאות באמצעות מוקד מד"א 101  
In the event of a fever above 38 degrees, or coughing, or difficulty breathing or other respiratory symptoms, applicants should immediately report to the Health Ministry by 101

 Signature \_\_\_\_\_ חתימה
 

Date \_\_\_\_\_ 14/10/2021 תאריך

**ATTACH A COPY OF YOUR PASSPORT TO THE DECLARATION**



