

<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 מר/גב': <u>הערה ר 35</u></p> <p>מס' תעודת זהות: <u>063903157</u></p> <p>כתובת/מקום העבודה:</p> <p>מס' טלפון נייד: <u>052 675 6178</u></p> <p>(להלן: "המעסיק")</p>	<p>A. Employer</p> <p>Mr./Ms.: <u>Zada Shoshana</u></p> <p>ID No.: <u>063903157</u></p> <p>Address/Workplace: _____</p> <p>Cellphone number: <u>052-6756178</u></p> <p>(hereinafter referred to as "the Employer")</p>
<p>ב. המטפל מר/גב': <u>ליפה נירוסה לאקמלי</u></p> <p>מס' דרכון ומדינה: <u>N10467274</u> סרי לנקה (צילון)</p> <p>(להלן: "המטפל")</p>	<p>AND THE</p>
<p>ג. המטופל מר/גב' <u>דדה דוד</u></p> <p>מספר ת.ז. <u>065598989</u></p> <p>כתובת (מקום העבודה) <u>שדה ניצן 47 שדה ניצן</u></p> <p>מספר טלפון: _____</p> <p>להלן: המטופל</p>	<p>B. Caregiver</p> <p>Mr./Ms.: <u>NIROSHA LAKMALI ILIAPPA</u></p> <p>Passport Number and Country: <u>N10467274</u> Sri Lanka</p> <p>(hereinafter referred to as "The Caregiver")</p>
<p>בעניין</p>	<p>Concerning</p>
<p>המעסיק והמטפל (להלן: "הצדדים") מתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים:</p>	<p>C. Person With Disability</p> <p>Mr./Ms. <u>David Zada</u></p> <p>ID No. <u>065598989</u></p> <p>Address(Workplace) <u>sede nizzan 47 SEDE NIZZAN</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 האפוטרופסות מצורף כנספח ד' לחזרה 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>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 f this SEC and/or</p> <p>2. A first degree relative of the PWD (circle the relevant relationship): parent, child, <u>spouse</u>, sibling.</p> <p>b. The Employer declares that the PWD holds</p>

Handwritten signature