

<p>חוזה 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>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/גב': <u>אהרני רנן</u></p> <p>מס' תעודת זהות: <u>029445988</u></p> <p>כתובת/מקום העבודה: <u>בטחה 45 (משב)</u></p> <p>מס' טלפון נייד: <u>0528883358</u></p> <p>(להלן: "המעסיק")</p>	<p>A. Employer Mr./Ms.: <u>AHARONY RONEN</u></p> <p>ID No.: <u>029445988</u></p> <p>Address/Workplace: <u>BITHA 45 (VILLAGE)</u></p> <p>Cellphone number: <u>0528883358</u></p> <p>(hereinafter referred to as "the Employer")</p>
<p>ו- AND THE</p>	<p>AND THE</p>
<p>ב. המטפל מר/גב': <u>דינשיקה אטידוואלגה</u></p> <p>מס' דרכון ומדינה: <u>N8804088</u> <u>סרי לנקה (צילון)</u></p> <p>(להלן: "המטפל")</p>	<p>B. Caregiver Mr./Ms.: <u>DINUSHIKA PREMARATHN ATIDEWAYALAGE</u></p> <p>Passport Number and Country: <u>N8604088</u> ; <u>Sri Lanka</u></p> <p>(hereinafter referred to as "The Caregiver")</p>
<p>בעניין Concerning</p>	<p>Concerning</p>
<p>ג. המטופל מר/גב': <u>אהרני לאה</u></p> <p>מספר ת.ז.: <u>041069891</u> <u>כתובת (מקום העבודה)</u></p> <p><u>בטחה 45 בטחה</u></p> <p>מספר טלפון: <u>0528883358</u></p> <p>להלן: המטופל</p>	<p>C. Person With Disability Mr./Ms. <u>LEA AHARONI</u></p> <p>ID No. <u>041069891</u></p> <p>Address(Workplace) <u>BITHA</u></p> <p>Phone Number: <u>0528883358</u></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>1. EMPLOYER DECLARATIONS:</p>
<p>א. המעסיק מצהיר כי תינו:</p> <p>1. האפוטרופוס החוקי של המטופל כמפורט בצו האפוטרופוסות מצורף כנספח ד' לחוזה העסקה סטנדרטי זה, ואנו 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, child, spouse, sibling.</p> <p>b. The Employer declares that the PWD holds</p>

X

Dinashika

יד המעסים
בתרונות סיעוד בע"מ
513785317 ה.פ.