

Application number: 802858

Issue date: 08.10.2021

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: 802858

### Request details

Passport number

M8389530

Last Name

LNU

First Name

Tresa George

Mobile phone

+916235734486

Email

tresa.george181@gmail.com

Copy of the passenger's passport

Tresa\_Passport.pdf

Passport nationality

INDIA

Additional citizenship

Medical status

Vaccinated

Copy of the vaccination certificate

Tresa Vaccine cert.pdf

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



Yes



No

Please attach a copy of the health insurance policy for the visit abroad

Tresa - Health Insurance 2021-22.pdf

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

### Travel details

Purpose of traveling to the State of Israel

Students and Yeshiva Students

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



No



Yes

**Countries****Scheduled flight date****Copy of the parent's passports****Obligation to comply with all Israeli authority's COVID-19 limitations and instructions****obligations regarding individual permission to enter The State of Israel****Approval from the academic institution/Yeshiva or a valid Visa****Approval to go back to physical classes by Ministry of Health****Are there additional supporting documents to attach/upload?**

No



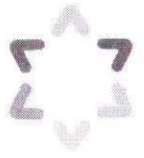
Yes

**Applicant's comments:**



מדינת ישראל  
State of Israel

רשות האוכלוסין וההגירה  
Population & Immigration Authority  
سلطة السكان والهجرة



מינהל האוכלוסין - אגף אוכלוסיות זמניות  
Temporary population department

כ"ג באב תש"פ

13/08/2020

מספרנו 2020-00011372

אוניברסיטאות

Tresa George

לכבוד  
ראש מוסד הלימוד  
האוניברסיטה העברית  
שלום רב,

**הנדון: אישור כניסת תלמידים לשנת הלימודים הקרובה**

1. נציג משרד הבריאות אישר כי מוסד הלימודים שאתה מייצג, האוניברסיטה העברית, עומד בתנאי הבידוד.
2. ניתן להפנות את התלמידים לנציגות ישראל בחו"ל לצורך הגשת בקשה בהתאם לנוהל, בנוסף למסמכים שבתנאים ובדרישות של הנוהל יידרש התלמיד להציג את המסמכים הבאים:
  - מכתב קבלה ללימודים הכולל תאריך תחילת לימודים.
  - מכתב התחייבות של מוסד הלימודים לעמוד בכללי משרד הבריאות (טופס הצהרת הבריאות).
  - אישור משרד הבריאות שניתן למוסד הלימודי. (מצ"ב האישור).
3. התלמיד יקבל אשרת כניסה א/2 ואישור כניסה לישראל, אישור זה יינתן לכל היותר 30 יום לפני תחילת הלימודים.
4. להזכירך, במהלך תקופת הבידוד נציגי האכיפה יערכו ביקורת פתע כדי לבדוק האם המוסד עומד בהתחייבותו בתנאי הבידוד.

תודה על שיתוף הפעולה ובהצלחה.

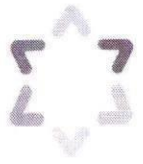
בברכה,  
מיכל יוספון  
מנהלת אגף

העתק: מר אייל סיסו, רח"ט לעניינים קונסולריים, משרד החוץ.



מדינת ישראל  
State of Israel

רשות האוכלוסין וההגירה  
Population & Immigration Authority  
سلطة السكان والهجرة



מינהל האוכלוסין - אגף אוכלוסיות זמניות  
Temporary population department

## אישור בריאות למוסד הלימודי – האוניברסיטה העברית

משרד הבריאות אישר כי המוסד האוניברסיטה העברית עומד  
בתנאים שנקבעו על בסיס הצהרת הבריאות עליה חתם ראש  
המוסד הלימודי.

אישור זה ניתן עבור כניסת תלמידי המוסד לארץ ותקף ככל שלא  
יתגלו הפרות בכללים שנקבעו.

רשות האוכלוסין וההגירה

תאריך: 13/08/2020



מדינת ישראל  
State of Israel

Tresa George

רשות האוכלוסין וההגירה  
Population & Immigration Authority  
سلطة السكان والهجرة

מינהל האוכלוסין - אגף אוכלוסיות זמניות  
Temporary population department

**הצהרת בריאות – מוסד לימודי**

האחריות המלאה על שמירת ההנחיות כלשונן היא של ראש המוסד הלימודי, חלה עליו האחריות בהקפדה על ההנחיות על פי דין בצו בריאות העם למשך 14 יום מיום ההגעה.

1. בעת כניסתו של התלמיד מחו"ל יש לדאוג כי נהג בודד יסיע את התלמידים אל מקום הבידוד (אין להשתמש בתחבורה ציבורית).
2. אזור חדרי הבידוד צריך להיות מופרד לחלוטין מאזור מגורי התלמידים שאם הם בבידוד.
3. ניתן לבודד עד שישה תלמידים באזור בידוד נפרד בעל שירותים ומקלחת ייעדיים לאזור זה.
4. על מוסד הלימוד לספק את כל צרכי המזון, פינוי אשפה וכביסה למבודדים באורך כל תקופת הבידוד.
5. יש למנות איש קשר מטעם המוסד כממונה על קשר עם המבודדים, איש הקשר ידאג לכל צרכם בכדי שאלו לא יצאו מהחדר.
6. תלמיד שאינו חש בטוב או מפתח תסמינים לקורונה יש ליצור קשר מיידי עם איש הקשר במוסד, על מוסד הלימוד לדאוג להעבירו לטיפול לפי מצבו הרפואי.
7. במקרה ונמצא חולה קורונה מאומת מבין התלמידים השוהים בבידוד קבוצו, באחריות המוסד הלימודי לדאוג להעביר את כלל התלמידים המבודדים, מאותו אזור בידוד, לבידוד אישי.
8. לכל תלמיד יינתן טופס הסכמה מדעת המפרט את סכנות הבידוד הקבוצתי.
9. במקרה של סגירת מוסד הלימוד עקב סגר או אי פתיחת שנת הלימודים על המוסד הלימודי לדאוג לכל צרכי התלמיד ולהבטיח כי מקום המגורים יאפשר לתלמיד לקיים את כל הנחיות משרד הבריאות
10. למוסד ממונה קורונה מוסדי אשר יכין את המוסד לעמוד בתנאי הבידוד ויפקח על קיום הכללים.

שם הממונה: יצחק ארנס תפקיד: ראש חינוך טלפון: 052-5882907

66 חיש סמו  
אסתר קרני (אמא של התלמיד)

האחריות המלאה בשמירת הבידוד היא של המוסד הלימודים ושל התלמיד.

על החתום ראש המוסד או המנכ"ל



שם פרטי ישי שם משפחה פינגר תפקיד סגן

שם מוסד הלימוד האוניברסיטה העברית בירושלים חתימה פינגר

טלפון 5882907 כתובת מיל humanca@savion.huji.ac.il תאריך 12.4.2021



Department of Health and Family Welfare  
Government of Kerala  
India

Certificate for COVID-19 vaccination

Beneficiary details

Beneficiary name	Tresa George	
Year of birth	1986	
Gender	Female	
ID verified	Aadhaar Card	#661189431654
Beneficiary reference ID	83733679266270	
Certificate number	KL4019180616180	
Issued Date	12/07/2021	

Passport details

Name as in passport	Tresa George
Passport number	M8389530

Vaccination details

Vaccine name	OXFORD-ASTRAZENECA (COVISHIELD )
Dose	Dose - 2
Date	12/07/2021
Batch Number	4121MC017

It is certified that both doses of COVID-19 vaccines are administered  
for Tresa George

Sd  
District medical officer

**Disclaimer :**

- 1.) Covishield (AstraZeneca's vaccine manufactured by Serum Institute of India) and Covaxin (manufactured by Bharat Biotech Limited) have been granted emergency use authorization by the Central Drugs Standard Control Organization (CDSCO) in India.
- 2.) The certificate is computer generated and hence does not require any seal or signature in original.
- 3.) The authenticity of this certificate can be verified at [covid19.kerala.gov.in](https://covid19.kerala.gov.in) .  
The certificate number is unique.





Policy Schedule - Tour & Care Insurance Policy

Policy Number:	585016416621	Print Date:	9/09/2021
Branch:	585	Offer Date:	1/10/2021
Type of Program:	Tour&Care	Clalit Medical Service Number:	74300444242
Agent:	ידידים הסדרים פנסיונים 40219	Collective:	האוניברסיטה העברית משפחות
Email:		Occupation:	Student

Insurance Period	From	1/10/2021	To	30/09/2022
Total insurance days	365			

All Medical Services will be given by the "Clalit Medical network".  
Call Center to arrange appointment at "Clalit" 1-222-2700 / \*2700

For 24/7 doctor on call service dial 1800260660

**Insured:**

First Name	Last Name	Passport	Birth Date	Country of Citizenship	Gender
TRESA	GEORGE	M8389530	30/06/1986	INDIA	FEMALE

Email: tresa.george@mail.huji.ac.il

Telephone No: 000 -

**Deductible:**

The deductible that the Insured will pay, insofar as it is charged, will be according to that set by the service provider in the Policy (the HMO - Kupat Holim).

מספר פוליסה - 585016416621



^dt33509

**Details of the Coverage:**

Coverage	From	To	Cost [ILS]
<b>Basic coverage</b>	<b>1/10/2021</b>	<b>30/09/2022</b>	<b>4842.09</b>
<b>Worsening of a preexisting illness</b>	<b>1/10/2021</b>	<b>30/09/2022</b>	<b>0.00</b>
<b>Pregnancy and childbirth three months waiting period</b>	<b>1/10/2021</b>	<b>30/09/2022</b>	<b>0.00</b>
<b>Medical expenses overseas</b>	<b>1/10/2021</b>	<b>30/09/2022</b>	<b>0.00</b>
<b>Medical expenses in Israel as a result of an emergency psychiatric event</b>	<b>1/10/2021</b>	<b>30/09/2022</b>	<b>0.00</b>
<b>Psychological treatments</b>	<b>1/10/2021</b>	<b>30/09/2022</b>	<b>0.00</b>
<b>Expenses of air evacuation from the location of the event in Israel to a nearby hospital</b>	<b>1/10/2021</b>	<b>30/09/2022</b>	<b>0.00</b>
<b>Emergency flight for a close relative</b>	<b>1/10/2021</b>	<b>30/09/2022</b>	<b>0.00</b>
<b>Extreme sports</b>	<b>1/10/2021</b>	<b>30/09/2022</b>	<b>0.00</b>
<b>Physical therapy</b>	<b>1/10/2021</b>	<b>30/09/2022</b>	<b>0.00</b>
<b>Medical flight</b>	<b>1/10/2021</b>	<b>30/09/2022</b>	<b>0.00</b>
<b>Contact with radioactive materials</b>	<b>1/10/2021</b>	<b>30/09/2022</b>	<b>0.00</b>

The Policy covers COVID-19 in accordance with and subject to the terms of the Policy and the underwriting policy of the Company.

**Premium Calculation:**

Insurance Payment Calculation [ILS]	Basic Premium	Additional	Discounts	Total Payment
	<b>4,842.09</b>	<b>.00</b>	<b>.00</b>	<b>4842.09</b>

**Private Charging:**

Identification of the person making the payment	Name of person making the payment	Number of payments	Card Number
<b>4449607</b>	<b>.GEORGE P.A</b>	<b>1</b>	<b>*****5005</b>
<b>Total to be charged</b>	<b>Your account will be charged in NIS with the credit card.</b>		
<b>4,842.09</b>			

Despite the specified in the terms of policy, please note that in accordance with the provisions of Section 31 of the Insurance Contract Law 5741-1981, as of 25/11/2020, the statute of limitations for insurance benefit claims for disease and hospitalization insurance is five years.



^dt33509





**A Health Statement**

Passport No. <b>M8389530</b>	Last name <b>GEORGE</b>	First name <b>TRESA</b>	Date of birth <b>30/06/1986</b>	Sex <b>Female</b>
Is the purpose of the trip for one or more of the travelers is to receive a medical care?				Yes    No
				<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<b>If the answer to Question 1 is yes, we cannot accept you in the insurance.</b>				
<b>Section A: General Questions</b>				Yes    No
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1.	<input type="checkbox"/> Do you use, or have you been using narcotics? <input type="checkbox"/> Do you drink, or have you been drinking alcoholic beverages regularly? Please specify the quantity of consumption: ..... glasses per day.			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
2.	During the last 5 years, have you been referred to any of the following examinations (other than as part of routine checkups) and not yet taken it, or not yet had a final diagnosis determined for you, such as: chronic illnesses, catheterization, bone mapping, echocardiography, MRI, CT, ultrasound (other than as part of routine prenatal care), biopsy, occult blood, colonoscopy or gastroscopy, autoimmune diseases including lupus (if "Yes", please submit a certificate from the attending physician, stating the reason for performing the examination, the examination outcomes and final diagnosis).			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
3.	Are you now, or have you been sometime during the last 5 years, about to undergo a surgery/transplantation? Please describe in details: .....			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
4.	During the last 5 years, have you been hospitalized? Please describe in details the reason for hospitalization and the treatment that you have received.			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
5.	During the last 5 years, have you been taking, or have you received a recommendation to take, medications regularly? Please describe in details the problem for which you are treated / have been treated, the treatment, and for how long have you been taking the said medication?			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
6.	Have you been diagnosed as suffering from any allergies? Please describe in details: .....			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Part B: Have you been diagnosed with a disease, syndrome, disorder related to one or more of the issues listed below:</b>				Yes    No
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1.	<input type="checkbox"/> The nervous system <input type="checkbox"/> Cerebrovascular accident (stroke) <input type="checkbox"/> Epilepsy <input type="checkbox"/> Multiple sclerosis <input type="checkbox"/> Muscular dystrophy or other atrophic disease <input type="checkbox"/> Reoccurring dizziness <input type="checkbox"/> Headaches <input type="checkbox"/> Balance disorders <input type="checkbox"/> Fainting <input type="checkbox"/> Parkinson's syndrome <input type="checkbox"/> Alzheimer's disease <input type="checkbox"/> Trembling <input type="checkbox"/> Mental retardation <input type="checkbox"/> Autism <input type="checkbox"/> Down's syndrome <input type="checkbox"/> Cerebral palsy <input type="checkbox"/> Poliomyelitis (infantile paralysis) <input type="checkbox"/> Gaucher's disease <input type="checkbox"/> Loss of sensation (numbness) <input type="checkbox"/> Attention deficit disorders <input type="checkbox"/> Migraine <input type="checkbox"/> Have you applied to a physician with complaints regarding declined memory (dementia) <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> HIV carrier <input type="checkbox"/> Lupus If the answer to one or more of the questions above is "Yes", please attach an up-to-date letter from the attending neurologist.			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
2.	<b>Eyes and vision:</b> <input type="checkbox"/> Cataract <input type="checkbox"/> Retina and cornea problems <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Inflammations of the eye <input type="checkbox"/> Strabismus <input type="checkbox"/> Blindness Other eye disease / problem: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify: .....			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
3.	<b>Heart:</b> <input type="checkbox"/> Cardiac arrhythmias <input type="checkbox"/> Heart disease <input type="checkbox"/> Heart failure <input type="checkbox"/> Heart attack <input type="checkbox"/> Congenital heart defect <input type="checkbox"/> Catheterization <input type="checkbox"/> Heart valve diseases, other heart disease / problem: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify: .....			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
4.	<b>Blood vessels:</b> <input type="checkbox"/> Varicose vein (in the veins of the legs) <input type="checkbox"/> Carotid artery (in the arteries of the neck) <input type="checkbox"/> Coagulation disorders <input type="checkbox"/> Blood disease DVT (Thrombosis) <input type="checkbox"/> PVD (Peripheral Vascular Disease), other vascular disease / problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify: .....			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
5.	<b>Metabolic diseases:</b> <input type="checkbox"/> Thyroid gland <input type="checkbox"/> Lymph node <input type="checkbox"/> Salivary gland <input type="checkbox"/> Sweat gland <input type="checkbox"/> Pituitary gland <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> High levels of fats/cholesterol, other metabolic disease / problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify: .....			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
6.	<b>Respiratory system:</b> <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> COPD (chronic obstructive pulmonary disease) <input type="checkbox"/> Hay fever <input type="checkbox"/> Recurrent respiratory infections and Shortness of breath <input type="checkbox"/> Collapsed lung (Pneumothorax) <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis Other respiratory system disease / problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify: .....			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>



^dt33509

**A Health Statement - continue**

Part B: Have you been diagnosed with a disease, syndrome, disorder related to one or more of the issues listed below:		Yes	No
7.	<b>Digestive system:</b> <input type="checkbox"/> Ulcer (duodenum / gastric) <input type="checkbox"/> Heartburn <input type="checkbox"/> Crohn's disease <input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Reflux <input type="checkbox"/> Hemorrhoids <input type="checkbox"/> Fissure / Fistula <input type="checkbox"/> Bowel obstruction <input type="checkbox"/> Pancreatic diseases / infections <input type="checkbox"/> Esophagus <input type="checkbox"/> Gallbladder <input type="checkbox"/> Gall-bladder stones Other digestive system disease / problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify: .....		✓
8.	<b>Liver:</b> <input type="checkbox"/> Jaundice <input type="checkbox"/> Hepatitis B, C, D <input type="checkbox"/> Fatty liver <input type="checkbox"/> Cirrhosis, other digestive system disease / problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify: .....		✓
9.	<b>Hernia:</b> Location of the hernia: In the diaphragm / in the navel / in the right groin / in the left groin Have you undergone a surgery to treat the hernia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, when (date)? ..... Is the problem solved? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		✓
10.	<b>Kidney and urinary tract:</b> <input type="checkbox"/> Recurrent infections <input type="checkbox"/> Kidney and urinary stones <input type="checkbox"/> Kidney cysts <input type="checkbox"/> Anomalies of urinary tract <input type="checkbox"/> Renal failure, other kidney and urinary tract disease / problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify: .....		✓
11.	<b>Joints and bones:</b> <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Gout <input type="checkbox"/> Back / spine <input type="checkbox"/> Joints <input type="checkbox"/> Knees Other joints and bones disease / problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify: .....		✓
12.	<b>Skin and sex diseases:</b> <input type="checkbox"/> Skin tumors <input type="checkbox"/> Skin lesions <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Sexually transmitted diseases <input type="checkbox"/> Syphilis Other skin and sex diseases disease / problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify: .....		✓
13.	Malignant tumors / diseases (cancer).		✓

**Date Applicant's Signature : 1/09/2021**

**It is hereby clarified that based on the answers in the Health Declaration, you have been accepted to the insurance plan with no restrictive terms due to underwriting.**



^dt33509

33509

קוד מסמך



Sep, 09, 2021

To Whom It May Concern:

**RE: Medical Insurance for Tourists**

We hereby confirm that the Insured whose name is listed below is insured under medical insurance in our company from 1/10/2021 To 30/09/2022, subject to the full terms of the policy.

Name of Insured: TRESA GEORGE

Policy number: 585016416621

Passport number: M8389530

Clalit Medical Service Number: 74300444242

Sincerely,

Harel Insurance Company Ltd.



^dt33509

מספר עמוד: 5 מתוך: 6

קוד מסמך 33509

מספר פוליסה: 585016416621



For your peace of mind

Insurance & Finance

It is hereby clarified that:

1. The full and binding terms are set forth in detail in the terms of the policy. In the case of conflict between the terms of the policy and the terms specified on the Insurance Details Page, the terms specified on the Insurance Details Page will prevail.
2. If you requested to purchase coverage in addition to the Basic Policy, you may cancel any of the coverages at any time without the cancellation being conditional upon cancellation of any one or more of the other coverages that you purchased together with the Basic Policy, and without cancellation of the coverages causing cancellation of a discount on the Basic Policy or another coverage. This is with the exception of cancellation of a reduced price that was given because of the purchase of several different coverages that were priced together in advance. In the case of cancellation of the basic Policy the additional coverages that accompanied the Basic Policy will also be cancelled.
3. The details of how to submit a claim to the Company can be found on the website of Harel Insurance Company Ltd., at <https://www.harel-group.co.il>
4. The privacy policy of the Harel group is available to you on the Company website.
5. Harel operates a central database that includes information from the different institutional organizations of the Group for the purposes of research, administration and in order to offer you different services and products suited to your needs, based on the information collected by the institutional organization in the Group. To read more about the privacy policy of the Group see our website [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il) where you may also notify us that you are not interested in certain uses and processing of information.



^dt33509

לצפייה [בתנאי הפוליסה](#) המלאים

33509

קוד מסמך

מספר עמוד: 6 מתוך: 6

585016416621

מספר פוליסה:



निर्णय / OBSERVATION

निर्णय सेवा / MISCELLANEOUS SERVICE

पिता / काभूती अभिभावक का नाम / Name of Father / Legal Guardian

PALACKAL ABRAHAM GEORGE

माता का नाम / Name of Mother

LILLYKUTTY GEORGE

पति या पत्नी का नाम / Name of Spouse

पता / Address

D 301 PUJAN FLATS

BEHIND LOYOLA SCHOOL

NARANPURA AHMEDABAD 380013

पुराने पासपोर्ट का नं. और इसके जारी होने की तिथि एवं स्थान / Old Pasport No. with Date and Place of Issue

F6450968 17/02/2006 AHMEDABAD

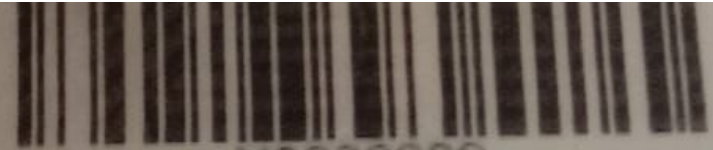
फाइल नं. / File No.

CANVO5544415 OLD PPT CLD AND RETURNED



पिता / कानूनी अभिभावक का नाम / Name of Father / Legal Guardian

**JOSEPH ABRAHAM**



**N8936680**

माता का नाम / Name of Mother

**TRESA ABRAHAM**

पति या पत्नी का नाम / Name of Spouse

**LILLYKUTTY GEORGE**

पता / Address

**D-301, PUJAN FLATS, B/H LOYOLA SCHOOL**

**NARANPURA, AHMEDABAD**

**PIN: 380013, GUJARAT, INDIA**

पुराने पासपोर्ट का नं. और इसके जारी होने की तिथि एवं स्थान / Old Passport No. with Date and Place of Issue

**F6453863**

**18/02/2006**

**AHMEDABAD**

फाइल नं. / File No.

**AH2079727724216**







N8703836

पिता / कानूनी अभिभावक का नाम / Name of Father / Legal Guardian

DEVASIA

माता का नाम / Name of Mother

ALEYAMMA DEVASIA

पति या पत्नी का नाम / Name of Spouse

PALACKAL ABRAHAM GEORGE

पता / Address

D-301, PUJAN FLATS, B/H LOYOLA SCHOOL

NARANPURA, AHMEDABAD

PIN: 380013, GUJARAT, INDIA

पुराने पासपोर्ट का न. और इसके जारी होने की तिथि एवं स्थान / Old Passport No. with Date and Place of Issue

F6450962

17/02/2006

AHMEDABAD

फाइल नं. / File No.

AH2079701604616

www.health.gov.il



ראש שרותי בריאות הציבור  
Director of Public Health Services

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

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

הואיל ופגית בבקשה לקבלת אישור פרטני לכניסה לישראל, מצ"ב 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: Tresa George שם החתום/ה מטה:

ID or Passport number: M8389530 ת"ז או דרכון:

Telephone number (where you can be reached in Israel): 02-5880333 טלפון:

מקום הבידוד, נא ציין האם בבית או בדירה (ציין כתובת).

Place of isolation, please specify if it is in a home or an apartment (There is no need to specify the address).

Apartment

כתובת מלאה ומדויקת, (ציין את כתובת המגורים של המארח או כתובתך בה תשהה בבידוד) -

Full Address (Specify the address) -

Scopus Student Village, Lohamei Hagetaot 2, Jerusalem 9788002

Name of host: Hebrew University of Jerusalem שם המארח:

Host phone number: 02-5880333 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, החתום/ה מטה, מכירה את ההנחיות לבידוד בית המפורסמות באתר משרד הבריאות הישראלי.  
I, the undersigned, hereby confirm that I am familiar with the guidelines for home isolation as published on the Israeli Ministry of Health website.

2. אני, החתום/ה מטה, מתחייב/ת להשלים את מלא תקופת הבידוד המחויבת (משך 14 יום מיום כניסתי לישראל).  
ומאשר/ת כי הובהר לי כי לא תתאפשר יציאתי מישראל בטרם השלמתי את כל תקופת הבידוד המחויבת.  
I, the undersigned, hereby undertake to complete the full period of the required isolation (14 days from the date of entry into Israel) and hereby confirm that it has been made clear to me that I will not be allowed to depart the State of Israel before I have completed the entire isolation period (14 days from the date of entry into Israel).



ראש שירותי בריאות הציבור  
Director of Public Health Services

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

3. אני, החתומה/ה מטה, מצהירה/ה בזאת כי הובהר לי כי יציאתי מישראל, בטרם השלמתי את מלא 14 ימי הבידוד המתחייב, תתאפשר רק אם הדבר אושר בכתב על ידי נציגי רשות האוכלוסין וההגירה ונציגי משרד הבריאות בישראל.

I, the undersigned, hereby declare that it has been made clear to me that my departure from Israel before completing the 14 days of the required isolation will be possible only if it has been approved by the representatives of the Population and Immigration Authority and representatives of the Ministry of Health.

4. אני מתחייבת לפעול בהתאם להנחיות המפורסמות באתר משרד הבריאות.

Applicants have pledged to follow the guidelines published on the Ministry of Health website.

5. 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>

6. אני מתחייבת כי הנסיעה משדה התעופה לדירה בה ישוה בבידוד תהיה ברכב פרטי בלבד (ולא בתחבורה ציבורית, ובכלל זאת מוניות).

I, the undersigned, hereby undertake to travel from the airport to the address where I will stay in isolation, by private vehicle only (and not by public transport, including taxis).

7. אני מתחייבת למדוד חום גוף מדי יום במהלך 14 הימים, החל מיום ההגעה לישראל.

I, the undersigned, hereby undertake to measure my body temperature daily, during the 14 days from the date of entering the State of Israel.

8. בכל מקרה של הופעת חום מעל של 38 מעלות, שיעול, קושי בנשימה או תסמיני 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, the undersigned, hereby undertake to report it immediately by calling the Emergency Call Center 101.

חתימה: \_\_\_\_\_  
Signature of Applicant: \_\_\_\_\_

תאריך החתימה: 8/10/2021  
Date of Signature: \_\_\_\_\_