**אישור מעסיק לעובד/ת על אי ניצול ימי מחלה/שעות סיוע אישי**

 **להורה לילד עם מוגבלות (למקרה של בקשה לזכאות מוגדלת/כפולה)**

**פרטי העובד/ת:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **שם משפחה** | **שם פרטי** | **מספר זהות** | **שם בית העסק או מקום העבודה**  |
|       |       |       |       |

**פרטי הילד/ים בגינו/ם מבוקשת הזכות:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **שם משפחה** | **שם פרטי** | **מספר זהות** | **תאריך לידה** |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

**הצהרת העובד/ת** **על אי מימוש הזכות להיעדרות לצורך מתן סיוע אישי במקום עבודתו/ה**

**(בן/בת הזוג של עובד/ת אוניברסיטת תל אביב):**

הריני מצהיר/ה בזאת כי אינני מממש/ת את הזכות להיעדר לצורך מתן סיוע אישי לילד עם מוגבלות במקום עבודתי, לפי הפירוט הבא:

[ ]  18 ימי מחלת ילד נוספים **ו** / **או** [ ]  52 שעות סיוע אישי נוספות

חתימה:        תאריך: לחץ או הקש כאן להזנת תאריך.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**פרטי ואישור המעסיק לעובד/ת שכיר/ה:**

הנני לאשר כי העובד/ת        מס' זהות        מועסק/ת בחברת        כעובד/ת שכיר/ה מיום       לא נעדר/ה מהעבודה במהלך שנה זו לצורך מתן סיוע אישי לאדם עם מוגבלות אשר פרטיו רשומים לעיל.

שם המאשר/ת       תפקיד

חתימת מעסיק        תאריך: לחץ או הקש כאן להזנת תאריך.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**פרטי ואישור המעסיק לעובד/ת עצמאי/ת:**

יש לצרף רישום כעצמאי במוסד לביטוח הלאומי או במס הכנסה, או אישור על היותו/ה עוסק לפי חוק מס ערך מוסף, תשל"ו-1976).