



ברוכות וברוכים הבאים למינהל המחקר
החקלאי – מכון וולקני

אנא הקפידו על מילוי הטפסים הרלוונטיים
ומילוי כלל הסעיפים הנדרשים

במידה וקיימת שאלה – מומלץ לפנות
לאמרכלות ולהיוועץ עימם לצורך השלמת
הטופס במהרה

אגף משאבי אנוש מאחל לכם קליטה קלה
ומהירה, עבודה פורייה ומעניינת



סוגי העסקה						טפסי קליטה
אזרח ותיק	מילוי מקום	שכר כולל	סטודנט	עובד בכסף רך	עובד תקן	(מומלץ להדפיס ולמלא רק את הדפים הרלוונטיים לסוג ההעסקה)
+	+	+	+	+	+	שאלון אישי
במידה וישנם קרובי משפחה במשרד/יחידת סמך – יש למלא את הטופס שבקישור ולצרפו לטפסים						
במידה והנך עובד/ת במקום עבודה נוסף – יש למלא את הטופס שבקישור ולצרפו לטפסים						
+	+	+	+	+	+	הצהרה על פעילות מפלגתית
+	+	+	+	+	+	הצהרה בדבר מידע פלילי
+	+	+	+	+	+	בדיקת כשיחת רפואית
+	+	+	+	+	+	הצהרה לאישור קצובת נסיעה
+	+	+	+	+	+	טופס בטיחות
+	+	+	+	+	+	חברות בארגון עובדים
מדרש בהתאם למקום שיבוצ ותפקידו של העובד – נא לעיין בעמוד הבא						ניגוד עניינים
-	+	-	+	+	-	אי עבודה קודמת במשרדי ממשלה
-	+	-	-	+	-	העסקה עד 4 שנים
-	-	-	-	+	-	העסקה עד 4 שנים - למומחים
-	-	-	+	-	-	העסקה עד 5 שנים - לסטודנטים
+	+	+	+	+	+	קק פנסיה
+	+	+	+	+	+	קק השתלמות
-	+	+	-	+	+	ביטוח הדידי
-	-	-	+	-	-	שעות עבודה סטודנט
+	+	+	+	+	+	כרטיס עובד (טופס 101)
-	+	-	-	-	-	טופס הצהרה לעובד המועסק ב"מילוי מקום"
-	+	-	-	+	+	טופס ותק מקצועי
-	+	+	-	+	+	טופס ותק הבראה
+	+	+	+	+	+	התחייבות לשמירת סודיות
+	+	+	+	+	+	טופס קליטת העובד ברשת המנהל
+	+	+	-	+	+	טופס ניכוי מיסי ועד עובדים משכר
-	+	+	-	+	+	הצהרה לבקשת יום עבודה מקוצר - משרת הורה
-	+	+	+	+	+	תוספת מעונות (לגברים בלבד)

הסבר והרחבה לגבי טופס ניגוד עניינים בעמוד הבא



טופס ניגוד עניינים:

עובדים בדירוג מחקר - ימלאו טופס: ניגוד עניינים- נציבות – מצורף לאסופת המסמכים.
עובדי הלשכה המשפטית בדירוגים השונים - ימלאו טופס: ניגוד עניינים- נציבות – מצורף לאסופת המסמכים.

עובדי יחידת קידום בדירוגים השונים - ימלאו טופס: ניגוד עניינים- ייעודי ליחידת קידום, **ייתן בלשכה המשפטית.**

עובדים בתפקיד מינהלי (במינהלה או במכון/מרכז מחקר) אינם נדרשים למלא טופס ניגוד עניינים בעת קליטתם, אלא אם קיבל מנהלם הישיר הנחיה אחרת.
אזרח ותיק שהינו חוקר – נדרש למלא: ניגוד עניינים- נציבות – מצורף לאסופת המסמכים.

שימו לב! עובד הנדרש למלא טופס ניגוד עניינים - יש לתאם מול הלשכה המשפטית באמצעות המייל: amira@volcani.agri.gov.il מועד הגעה לצורך חתימה על מסמך ניגוד עניינים בנוכחות עו"ד כנדרש בתקנות. **(יש למלא את סעיפי הטופס לפני ההגעה, אך לבצע את החתימה בנוכחות עו"ד)**
הלשכה המשפטית ממוקמת בבניין המינהלה, קומה 2, חדר 238

יש לצרף את האישורים הבאים לערכת הטפסים:

- צילום תעודת זהות וספח
- אישור על שירות צבאי/לאומי
- אישור רפואי
- אישור המעיד על מקום המגורים (חוזה שכירות או תשלום ארנונה) – במקרה שמקום המגורים בשאלון האישי נרשם אחרת מהמצויין בת"ז.
- אישורים המעידים על השכלה.
- סטודנט – אישור לימודים רלוונטי.
- אסמכתה בנק (צילום צ'ק כולל פרטי חשבון בנק)

הערות :

- נספח מס' 3 – הצהרה על העסקה עד 4 - שנים מיועד לעובדים הנקלטים במשרות ארעיות בלבד
סטודנט עד 3 - שנים.
- טופס שעות עבודה – מיועד לסטודנט/ית בלבד.
- טופס הצהרה לעובד המועסק ב"מילוי מקום" – במקרה של העסקה בחוזה מילוי מקום.



מדינת ישראל

שאלון אישי

(מלא/י ב - 5 עותקים, סמן/י X במשבצת המתאימה. פריטים 14 ו-15 מיועדים לשימוש מנהלי)

המשרד/יח' הסמך	היחידה
----------------	--------

1. פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	שם האב	ארץ לידה (*)	שם האם	ארץ לידה (*)					
		ס"ב									
1 שם קודם (אם שונה)	סיבת השינוי <input type="checkbox"/> נישואין <input type="checkbox"/> שיעבור	תאריך השינוי			תאריך לידה מלא			ארץ לידה (*)			
		שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	
ארץ עליה	אזרחות ישראלית <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	רשיון לישיבת קבע בארץ			אזרחות אחרת			דת			
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	פרט	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה						
מס' טלפון (בדירת מגורים 1)	מס' טלפון נייד	דואר אלקטרוני (חובה למלא)	מען מגורים: רחוב	מס'	ישוב	מיקוד					

2. פרטי משפחה

מעמד משפחתי:	שם בן/ת הזוג	תאריך לידה	מספר זהות של בן/ת הזוג	מקום העבודה של בן/ת הזוג
<input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> נשואה <input type="checkbox"/> אלמן/ה		שנה חודש יום	ס"ב	<input type="checkbox"/> אינו/ה עובד/ת
תאריך הנישואין:				
שם/ות הילד/ים	1. שנה חודש יום	2. שנה חודש יום	3. שנה חודש יום	4. שנה חודש יום
תאריך לידה	ס"ב	ס"ב	ס"ב	ס"ב
מספר/י זהות	ס"ב	ס"ב	ס"ב	ס"ב

3. השכלה (חובה למלא את כל הפרטים ולצרף תעודות)

לימודי תעודה במוסד להשכלה גבוהה	גבוהה			על-תיכונית	תיכונית	חטיבת ביניים	יסודית	פרטים
	תואר ראשון	תואר שני	תואר שלישי					
								שם בית הספר/ המוסד
								מקום בית הספר/ המוסד
								המקצוע
								העיקר/המגמה
								מס' שנות הלימוד
								תאריך סיום הלימודים
								התואר או התעודה

(*) אין חובה למלא את הפרטים המסומנים בכוכבית בסעיף 1 לעיל אלא אם כן ציינת פרטים אלה מיוזמתך בטופס בקשה למשרה פנויה בשירות המדינה, זאת בהתאם להוראות סעיף 15 לחוק שירות המדינה (מינויים), התשי"ט-1959 באשר למועמד/ת שהוא/היא או שאחד מהוריו/ה נולד באתיופיה.
 הערה: משמעותם של המספרים המציינים הערות שוליים בגוף הטופס הינם לשימוש היחידה למשאבי אנוש ולביצוע ע"י החשבות כמפורט בעמוד מס' 3.

חתימת העובד/ת _____

4. קורסים והשתלמויות מקצועיות (יש לצרף אישורים)

שם הקורס/השתלמות	המוסד המארגן	מקום	משך הלימודים	מס' שעות הלימוד	מועדים						תעודה	סוג מקצועי
					מיום			עד יום				
					שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום		
					שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום		
					שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום		
					שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום		
					שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום		
					שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום		
					שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום		
					שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום		

1 = שליטה מלאה

5. ידיעת שפות 2 = שליטה חלקית

6. שירות בצה"ל ושירות לאומי (2)

מס' אישי	דרגה סופית	עד יום			מיום			שירות
		יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה	
								סדיר/לאומי
								קבע

ציין אם קיבלת מענק שחרור משירות קבע כן לא

לא שירותי בצה"ל

7. מקומות עבודה קודמים מחוץ לשירות המדינה ובשירות המדינה יוכרו רק לאחר הצגת מסמכים מאומתים (3)

המעביד/ה	כתובת המעביד/ה	סוג העבודה והתפקיד	סיבת הפסקת העבודה	החל מ-	עד
				שנה	יום
				שנה	יום
				שנה	יום
				שנה	יום
				שנה	יום
				שנה	יום
				שנה	יום
				שנה	יום
				שנה	יום
				שנה	יום

אם המקום אינו מספיק יש לצרף דף נוסף.

שמירה על סודיות

8. הצהרה על שמירת ידיעות

א. כללי

1. חוק העונשין, תשל"ז-1997, קובע הוראות בדבר החובות הקשורות בביטחון המדינה ובשמירת ידיעות המגיעות לידיעתו של האזרח/ית בכלל ושל עובד/ת המדינה בפרט.

2. לסעיף 117 לחוק, משמעות מיוחדת לגבי עובדי הציבור, ועובדי המדינה בכללם, מאחר והוא קובע הוראות בדבר מסירת ידיעות רשמיות שהגיעו לעובד/ת בתוקף תפקידו/ה. התרשלות בשמירתן ובהחזקתן, והוא מטיל עונשים חמורים על העוברים על הוראות אלו.

3. סעיף 117(א) לחוק קובע:

"עובד הציבור שמסר, ללא סמכות כדין, ידיעה מוסמך לקבלה, וכן מי שהגיעה אליו ידיעה בתוקף תפקידו כעובד הציבור, ולאחר שחל מהיות עובד הציבור מסרה, ללא סמכות כדין, לאדם שלא היה מוסמך לקבלה, דינו - מאסר שלוש שנים".

ב. "ידיעה"

4. "ידיעה מוגדר בסעיף 91 לחוק ככולל"

"ידיעה שאינה נכונה, וכל תאור, תכנית, סיסמה, סמל, נוסחה, חפץ או חלק מהם המכילים או העשויים לשמש מקור לידיעה".

איסור מסירת "ידיעה" שהגיעה לעובד/ת בתוקף תפקידו/ה, אינו חל איפוא על ידיעה סודית דוקא, ואפילו לא רק על ידיעה חשובה. האישור חל על מסירת כל ידיעה שהעובד/ת קיבלה בתוקף תפקידו, מאיזה סוג שהוא כמוגדר לעיל.

ג. סמכות למסירת ידיעה

5. עובד/ת רשאי/ת למסור ידיעה שהגיעה אליו/ה בתוקף תפקידו/ה רק אם הוסמך/ת למסור אותה, ובתנאי נוסף שהוא/היא מוסר/ת אותה לאדם המוסמך לקבלה. הוראה זו חלה על עובד/ת גם לאחר פרישתו/ה משיירות המדינה.

סמכות למסור ידיעה יכולה להינתן במפורש או מכללא. הסמיכה הממשלה - או שר בשמה - במפורש עובד/ת למסור ידיעה מוסוימת או ידיעות מסוג מסוים, הרי אין עבירה בעצם מסירת הידיעה. כמו כן, גוררת על-פי רוב עצם הטלת התפקיד על עובד/ת גם סמכות למסור ידיעות, כגון סמכותם של דובר/ת המשרד או עובד/ת המקביל/ת ידיעות שהגיעו אליו/ה בתוקף תפקידו. ושמשטב העניינים עליו/ה למסרם לעובדים אחרים או לציבור. במסגרת זו מותנת גם מסירת ידיעה על הוראה חדשה על-ידי העובד/ת אשר קבעה אותה. כן מוסמך ממונה על עובדים אחרים למסור ידיעות למומנה עליהם. כל סמכות למסור ידיעות כנ"ל קיימת מכללא אלא אם כן נשללה במפורש.

ה. שמירת ידיעה

9. סעיף 117(ב) לחוק קובע:

"עובד הציבור שהתחיל במסירת ידיעה שהגיעה אליו בתוקף תפקידו, או שעשה מעשה שיש בו כדי לסכן ביטחונו של ידיעה כאמור, דינו - מאסר שנה אחת".

גם בסעיף זה אין המדובר בידיעה סודית או בידיעה חשובה בלבד, כי אם בכל ידיעה שהגיעה לעובד/ת בתוקף תפקידו/ה. על כן, אין להשאיר תיקים ומסמכים במקום גלוי או במקום בלתי מובטח, ואף לא להשאירם על השולחן במשרד עם סיום יום העבודה ללא נילית הדלת או מבלי להכניסם למגירה סגורה.

10. סעיף 177(ג) לחוק קובע:

"הגיעה לאדם ידיעה בתוקף תפקידו כעובד הציבור, והוא החזיקה, ללא סמכות כדין, בניגוד להוראות שניתנו לו בדבר החזקתה, או לאחר אחת".

כל עובד/ת חייב/ת לשמור על תיקים ומסמכים ולהקפיד על מילוי הוראות המשרד בנושא. החזקת תיקים, מסמכים או ידיעות בניגוד להוראות אלה היא עבירה שצריך לתת עליה את הדיון לפי סעיף זה. כמו כן עובד/ת שפרס/ה מן השירות השומר/ת בביתו/ה תיק מתיקי המשרד או מסמך אחר השייך למשרד, עובר/ת עבירה חמורה על החוק.

(5) פרטי בנק לצורך העברת המשכורת - ראה סעיף 10 לעיל.

(6) קצובת נסיעות - אושר לפי סעיף (12).

* הכוונה היא למשרד על כל יחידותיו ושלוחותיו ברחבי הארץ.



הנדון: חוק שירות המדינה (סיווג פעילות מפלגתית ומגבית כספים) התשי"ט 1959

1. בהתאם לסעיף 3 א. (ד) (1) לחוק שירות המדינה (סיווג פעולות מפלגתיות ומגבית כספים) התשי"ט 1959, מי שבהיותו חבר בגוף בוחר נתמנה להיות עובד מדינה, תיפסק כהונתו כחבר בגוף הבוחר עם מינויו.

בהתאם לסעיף 3 א. (ד) (1) לחוק, מי שהופסקה חברותו בגוף בוחר כאמור לעיל, יוכל לשוב ולהיות חבר באותו גוף בוחר, בכפוף להוראות סעיף 3 א. (ב) לחוק, לאח שחלפו ארבע שנים מיום מינויו לעובד מדינה ואם הפסיק להיות עובד מדינה. למען הסר ספק, סעיף זה מתייחס לכלל העובדים בכל הדרגות ובכל סולמות הדירוג.

2. "גוף בוחר" הוגדר בחוק-גוף שתפקידו או אחד מתפקידיו לבחור מועמדים לכנסת או לכהונת ראש הממשלה או שר בממשלה או לכל תפקיד ברשות מקומית, בהסתדרות הציונית העולמית או בסוכנות היהודית לארץ ישראל, למעט בחירות ישירות שבהן משתתפים כלל החברים של מפלגה או גוף מדיני".

3. לאור האמור לעיל, הנני מצהיר בזאת:

איני חבר/ה ב"גוף בוחר"

התפטרתי מחברותי

ידוע לי כי אוכל לשוב ולהיות חבר באותו "גוף בוחר" לאחר שחלפו ארבע שנים מיום מינויי לעובד המדינה בכפוף להוראות סעיף 3 א (ב) לחוק או אם הפסקתי להיות עובד המדינה קודם לכן-ביום בו הפסקתי.

4. ידוע לי כי על פי חוק שירות המדינה (סיווג פעילות מפלגתית ומגבית כספים) התשי"ט 1959, עובד מדינה המפר חובתו לפי חוק זה, עובר עבירת משמעת וצפוי להעמדה לדין משמעתי בפני בית הדין למשמעת של עובדי המדינה.

שם _____ ת"ז _____ תפקיד _____ משרד _____

חתימה _____ תאריך _____



מדינת ישראל

הצהרה בדבר מיזע פלילי ומשמעתי למועמד/ת למשרה בשירות המדינה

(סמן/י x בריבוע המתאים)

1. פרטים אישיים של המועמד					
שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	שם האב		
		ס"ב			
כתובת מגורים					
רחוב	מספר	יישוב	מיקוד	טל' קווי/נייד	דוא"ל

2. הצהרה בדבר הרשעות קודמות	
<p>א. הורשעתי בעבירה פלילית¹ לרבות בית דין צבאי (למעט קצין שיפוט).</p> <p>יש להצהיר גם על עבירות תעבורה אך רק אם מדובר באחת מהעבירות הבאות: נהיגה בשכרות או תחת השפעת סמים או אלכוהול, זיוף רכב או רשיון נהיגה, גרימת מוות בנהיגה רשלנית, הפקרה אחרי פגיעה, נהיגה בזמן פסילה או בניגוד לתנאים².</p> <p>יש להצהיר גם על צווים שנתן בית משפט עקב עבירה גם אם ניתנו בלא הרשעה</p> <p>אין להצהיר על עבירה לגביה חלפה תקופת המחיקה לפי סעיפים 22+23 לחוק המידע הפלילי (במקרה של מינוי ממשלה או מינוי לתפקיד המסווג סודי ביותר יש להצהיר גם על עבירה שנמחקה);</p> <p>לא <input type="checkbox"/> כן, (עליך לצרף פס"ד - (הכרעת דין + גזר דין)</p>	
<p>ב. הורשעתי בהליך משמעתי על פי דין (אין להצהיר על הרשעה שעברה לגביה תקופת המחיקה לפי סעיף 40.25 לתקשי"ר).</p> <p>לא <input type="checkbox"/> כן, (עליך לצרף פס"ד - (הכרעת דין + גזר דין)</p>	

3. הצהרה בדבר הליכים תלויים ועומדים הרשעות קודמות	
<p>א. מתנהל נגדי הליך פלילי³ (יש להצהיר החל מפתיחה בחקירה פלילית, לרבות הגשת כתב אישום, ועד לסגירת התיק)</p> <p>לא <input type="checkbox"/> כן: <input type="checkbox"/> נפתחה חקירה <input type="checkbox"/> הוגש כתב אישום (עליך לצרפו)</p>	
<p>ב. מתנהל נגדי הליך משמעתי (יש להצהיר החל מפתיחה בחקירת משמעת, זימון לשימוע משמעתי, לרבות כתב תובענה):</p> <p>לא <input type="checkbox"/> כן: <input type="checkbox"/> נפתחה חקירה <input type="checkbox"/> הוגש כתב תובענה (עליך לצרפו)</p>	

4. הליכים לפי סעיף 31 לחוק שירות המדינה (משמעת), התשכ"ג-1963 (להלן - "חוק המשמעת")	
<p>ננקטו נגדי אמצעים לפי סעיף 31 לחוק המשמעת (התראה או נזיפה). אין להצהיר על אמצעי משמעת לפי סעיף 31 שעברה לגביהם תקופת המחיקה כמפורט בסעיף 40.25 לתקשי"ר. לא <input type="checkbox"/> כן (עליך לצרפו)</p>	

¹ עבירה פלילית: פרטי הרישום המפורטים בסעיף 8(א) + 27(א) לחוק המידע הפלילי ותקנת השבים, התשע"ט-2019 (להלן - "חוק המידע הפלילי");

(1) הרשעות ועונשים של בית משפט או בית דין בפלילים (בסעיף זה - בית משפט) בשל פשעים ועוונות (להלן - עבירות);
 (2) צווים כמפורט להלן שנתן בית משפט עקב עבירה אף אם ניתנו בלא הרשעה: צווי מבחן, צווי שירות לתועלת הציבור, צווים בדבר התחייבות להימנע מעבירה;
 (3) קביעת בית משפט באישום בעבירה כי הנאשם אינו מסוגל לעמוד לדין או אינו בר-עונשין מחמת היותו אדם הסובל ממחלת נפש או לקוי בכושרו השכלי;
 (4) קביעה לפי סעיף 24 וצו לפי סעיף 26 לחוק הנוער;
 (5) שינוי שנעשה בפרט רישום מכוח חנינה או מכוח סמכות אחרת על פי דין;
 (6) שינוי של תקופת ההתיישנות או המחיקה של פרט רישום, מכוח החלטת נשיא המדינה לפי סעיף 25;

² עבירות לפי סעיפים 62(3), 62(9), 64, 64א ו- 67 לפקודת התעבורה [נוסח חדש]

³ החל בפתיחה בחקירה על-פי דין או בהגשת כתב אישום למעט בעבירות אלה:

(א) יש להצהיר גם על עבירות תעבורה אך רק אם מדובר באחת מהעבירות הבאות: נהיגה בשכרות או תחת השפעת סמים או אלכוהול, זיוף רכב או רשיון נהיגה, גרימת מוות בנהיגה רשלנית, הפקרה אחרי פגיעה, נהיגה בזמן פסילה או בניגוד לתנאים (עבירות לפי סעיפים 62(3), 62(9), 64, 64א ו- 67 לפקודת התעבורה [נוסח חדש]).
 (ב) אין צורך להצהיר על עבירה שנקבעה כעבירת קנס לפי כול חיקוק, שתובע לא הגיש עליה כתב אישום;
 (ג) יש להצהיר על עבירות לפי חוק התכנון והבנייה, התשכ"ה-1965 - רק אם הוגש בגינה כתב אישום.

5. הסכמה למסירת מידע מהמרשם הפלילי

הסכמה למסירת מידע מהמרשם הפלילי ומידע על תיקים תלויים ועומדים לפי סעיפים 11 או 12 לחוק המידע הפלילי ותקנת השבים, התשע"ט-2019 ובהתאם לתוספת השלישית לחוק

הנני נותן/ת בזה את הסכמתי לכך שמשטרת ישראל תמסור מידע עליי מהמרשם הפלילי, וכן מידע על תיקים תלויים ועומדים, בהתאם להוראות חוק המידע הפלילי ותקנת השבים, התשע"ט-2019 (להלן – **החוק**) לנציב שירות המדינה ולמי שהוסמך לכך מטעמו. יובהר כי הסכמתי זו חלה גם על מסירת מידע פלילי לגורם הנ"ל מזמן לזמן לשם מעקב תקופתי אחר שינויים שחלו במידע הפלילי עליי. הובהר לי בזאת כי אני זכאי לפי החוק לעיין בתחנת משטרה ברישומים המנוהלים על שמי במרשם הפלילי ובמרשם המשטרה. הובהר לי בזאת כי ככל שיש לחובתי רישום כאמור, אין בכך בהכרח כדי לשלול את קבלת הזכות או התפקיד ואני רשאי/ת לצרף מידע על שיקומי או נסיבותי האישיות כדי שיילקח בחשבון בעת בחינת בקשתי, בהתאם לאמות המידה שנקבעו בחוק. ידוע לי כי בהסכמתי זו, אני מוותר/ת על קבלת הודעה על מסירת המידע, וכל זאת בכפוף להוראות החוק

חתימה

_____/_____/_____

תאריך

5. הצהרה

לפי סעיף 45 לחוק שירות המדינה (מינויים), התשי"ט-1959, המשיג או המנסה להשיג משרה בשירות המדינה או לאחר, במסירת ידיעה כוזבת או בהעלמת עובדה הנוגעת לעניין, או בשימוש באיומים או בכוח באמצעים פסולים אחרים, ייענש על-פי החוק.

אני מציע/ה בזה את מועמדו/תי לתפקיד, לאחר שקראתי את סעיף 45 לחוק שירות המדינה (מינויים), התשי"ט-1959, המובא לעיל, הנני מצהיר/ה בזאת שכל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ומלאים.

חתימה

_____/_____/_____

תאריך



מדינת ישראל

בדיקת כשירות רפואית של מועמד/ת לתפקיד מוצע בשירות המדינה

סודי: לשימוש והחזקה בלעדיים של רופאים/ות שירות המדינה
הטפסים ישלחו ללשכת הבריאות המחוזית במעטפה סגורה ומסומנת "סודי"

א. פרטי המשרד והמשרה (חלקים א, ב, ד - למילוי ע"י המשרד)

שם המשרד		שם היחידה							
כתובת היחידה		שם נציג/ת המשרד אליה יש להחזיר את הטופס וכתובתו							
שם התפקיד		חלקיות המשרה							
		תאריך התחלת העבודה							
		<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		שנה	חודש	יום			
שנה	חודש	יום							
המסלול הפנסיוני המוצע לעובד/ת									
<input type="checkbox"/> פנסיה תקציבית <input type="checkbox"/> פנסיה צוברת <input type="checkbox"/> אחר, פרט _____									

ב. פרטים אישיים של המועמד/ת

שם משפחה		שם פרטי		שם האב																									
זכר <input type="checkbox"/>	נקה <input type="checkbox"/>	תאריך עלייה		מסמך זהות																									
		<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		שנה	חודש	יום				<table border="1"> <tr> <td>ס"ב</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		ס"ב																	
שנה	חודש	יום																											
ס"ב																													
תאריך לידה		תאריך לידה		תאריך לידה																									
<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		שנה	חודש	יום				<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		שנה	חודש	יום				<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		שנה	חודש	יום									
שנה	חודש	יום																											
שנה	חודש	יום																											
שנה	חודש	יום																											
כתובת		דואר אלקטרוני		טלפון קווי/נייח																									

ג. הצהרת המועמד/ת

- הנני מתחייב/ת בזה למסור לרופא/ה שירות המדינה, ידיעות מלאות ונכונות על כל מחלותי וליקויי הגופניים והנפשיים בעבר ובהווה. ברור לי כי מסירת ידיעות בלתי נכונות או העלמת מחלות קודמות וליקויי בריאות משחררים את מדינת ישראל מאחריות כלשהי כלפי וכלפי שאירי, ובעקבותיהן אני עלולה להיות צפויה למאסר או לקנס וכן להפסקת עבודתי, ללא פיצויים או הטבות פרישה אחרות.
- הנני מסכים/ה באופן בלתי חוזר שכל אדם או מוסד אשר מצוי בידו מידע ביחס למצבי הרפואי במועד החתימה על כתב ויתור זה, או בתקופה שקדמה לו, ימסור מידע זה - בין בכתב ובין בכל דרך אחרת - לרופא/ה שירות המדינה או לוועדה הרפואית המוסמכים על-פי חוק לבדוק את הכושר הרפואי שלי, לצורך קבלתי או מינויי לשירות, או לצורך ביצועו של חוק שירות המדינה (גמלאות) (נוסח משולב), התש"ל-1970. ידוע לי כי לא ייעשה שימוש בויתור שניתן על-ידי כאמור אלא בידי אדם שחלה עליו על-פי חוק, חובת השמירה על סודיות המידע הרפואי.
- בתנאי שהמדינה ועובדיה יהיו רשאים להשתמש במידע האמור לצרכיה וביחסי עובד/ת ומעביד/ה בלבד, ובכפוף לאמור בסעיף 2 לעיל, ובתנאי שהם יהיו מנועים מלהעבירו או מלגלותו לכל גורם זר - הנני משחרר/ת את מדינת ישראל ועובדיה מחובת הסודיות בדבר מחלותי וליקויי הגופניים והנפשיים, בעבר ובהווה וכל עוד אני משרת/ת בשירות המדינה, וכן לאחר פרישתי משירות זה - אם אפנה למשרדי הממשלה בענייני מצבי הרפואי.
- הנני מצהיר/ה שידוע לי כי אם אפסל לתפקיד המיועד מטעמים רפואיים, תופסק עבודתי ללא צורך בהודעה מוקדמת.

המקום	תאריך	חתימת המועמד/ת

ד. אפיון התפקיד המוצע (למילוי ע"י המשרד)

1. מיקום העבודה:

משרד מעבדה כיתת לימוד סדנה אחר, פרט _____

2. דרישות גופניות ואופי עבודה מיוחד:

עבודה משרדית בישיבה עבודה משרדית בעמידה
 עבודה הדורשת הרמה או סחיבת של משא*
 עבודה הדורשת הפעלת מכונות תעשיתיות
 נהיגה מתן הרצאות
 עבודה במשמרות עבודה המחייבת שעות נוספות מרובות
 עבודה עם ניידות גבוהה (ממוכן/רגלי) עבודה הכוללת קבלת קהל עבודה הכוללת טיפול במוגבלים/חולים
 אחר, פרט _____

3. מאפייני סביבת העבודה:

רעש* אבק/עשן* חומרים כימיים* חומרים ביולוגיים*
 עבודה בגבהים* עבודה במקום סגור ומוגבל*

* סימון X בתחום זה מחייב פירוט נוסף כלהלן:

שם ממלא הטופס (נציג המשרד)	תואר המשרה	חתימה	תאריך
-------------------------------	------------	-------	-------

בגמר מילוי השאלון יש לצרף אליו "סיכום מידע רפואי" מהרופא המטפל ובדיקות עזר (אם נדרשות), להכניס את החומר למעטפה המצורפת, להדביק את לשונית המעטפה ולהעבירה למשרד השולח.

פרטי העובד

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס ב	משרד
----------	---------	------------------	------

בשאלות הבאות יש לסמן תשובה כחיובית במידה והמצב היה קיים בעבר ו/או עדיין נמשך:

שאלות	לא	כן	במידה והתשובה חיובית, נא לפרט תאריכים ותיאור הפרעות, הליקויים והמחלות
1. בעיות נשימה או ריאות-כולל שחפת, אסטמה וברונכיטיס			
2. שיתוק ילדים			
3. דלקת זיהומית בכבד, צהבת, מחלת כבד אחרת			
4. סרטן, גידולים שפירים, ציסטות			
5. סכרת			
6. אנמיה, לויקמיה, הפרעות אחרות בדם			
7. מחלת נפש			
8. הפרעה במערכת עצבים			
9. פירכוסים, איבודי הכרה			
10. כאבי ראש חזקים או מיגרנה			
11. בעיות לב-כולל מחלות כלי דם ומסתמי הלב			
12. כאבי גב תכופים או חבלה בגב			
13. כל בעיה בעצמות, פרקים-כולל דלקת, נקע, שברים, קטיעות			
14. כל בעיה בירכיים, ברכיים, קרטוליים, רגליים			
15. כל בעיה בידיים, מרפקים, כתפיים			
16. חבלה בראש			
17. התעלפויות, סחרחורת			
18. פריחות בעור כתוצאה מעבודה			
19. אלרגיות			
20. רגישות לעשן או אבק			
21. לחץ דם גבוה או נמוך			
22. דליות ברגליים			
23. כיב קיבה, כיב תריסריון, בעיה אחרת בעיכול			
24. בקעים (הרניה)			
25. בעיות בכיס מרה			
26. בעיות בכליות ו/או שלפוחית שתן			
27. קוצר נשימה			
28. בעיה בדיבור			
29. שימוש יתר בתרופות, משקאות חריפים, סמים			
30. הרכבת משקפיים בעבר/בהווה			
31. הרכבת עדשות מגע בעבר/בהווה			
32. ניתוח/מחלה/חבלה בעין			
33. עיוורון בעין אחת			
34. עיוורון בשתי עיניים/תעודת עיוור			
35. בעיית שמיעה/הרכבת מכשיר שמיעה			
36. המצאות בתקופת התאוששות מניתוח/הריון			
37. המצאות בהשגחה רפואית קבועה			
38. אישפוז בבי"ח בחמש שנים אחרונות			
39. מחלות ניווניות/מחלות ממושכות/אחרות שלא פורטו לעיל			

רשימת בדיקות שעל המועמד לצרף:

- לעובדי בריאות-תבחין עור לשחפת
- לעובדי הוראה-בדיקת מיתרי קול ע"י רופא א.א.ג.
- לנהגים-חדות ראייה ע"י גורם מוסמך
- מצורף "סיכום מידע רפואי" מטעם הרופא המטפל
- מצורפות בדיקות עזר

חתימת המועמד

תאריך

המקום

1. מידע רפואי נוסף (למילוי ע"י רופא שירות המדינה ולפי שיקול דעתו)

תוצאת הבדיקה שנדרשה	הבדיקה שנדרשה

2. מסקנת רופא שירות המדינה

- כשיר מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה ובכל משרה מסוג המשרה הנדונה
 כשיר מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה בלבד
 חייב בבדיקה רפואית נוספת כעבור _____
 כשיר מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה בהגבלת זכויות לגמלאות (למסלול פנסיה תקציבית)
 לא כשיר

מס' סודר	שיעור הגבלה	סעיף ליקוי
1		
2		
3		
4		

חתימת רופא שירות המדינה

שם רופא שירות המדינה

תאריך

3. מסקנת ועדת ערר (אם הוגש ערעור)

- כשיר מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה ובכל משרה מסוג המשרה הנדונה
 כשיר מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה בלבד
 חייב בבדיקה רפואית נוספת כעבור _____
 כשיר מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה בהגבלת זכויות לגמלאות (למסלול פנסיה תקציבית)
 לא כשיר

מס' סודר	שיעור הגבלה	סעיף ליקוי
1		
2		
3		
4		

מס' סודר	תאריך	שם רופא הוועדה	חתימה
1			
2			
3			



החשב הכללי

משרד האוצר
אגף החשב הכללי
תכ"ם – ניהול תקציבי שכר, גמלאות
וכוח אדם

פרק ראשי:	ניהול תקציבי שכר, גמלאות וכוח אדם
פרק משני:	החזר הוצאות
הוראה מקשרת:	13.4.0.2
מספר טופס:	13.4.0.2.1.ט
מהדורה:	01
תת מהדורה:	02

א. פרטי הבקשה	
שם העובד	סמל גליון משכורת
חלקיות משרה: מלאה / אחרת: שיעור ב-%	מספר זהות
מספר ימי נסיעה לעבודה בשבוע:	

כתובת מגורים			
רחוב	מספר	היישוב	מיקוד

כתובת מקום העבודה			
רחוב	מספר	היישוב	מיקוד

כתובת מקום איסוף להסעה			
רחוב	מספר	היישוב	מיקוד

חברת האוטובוסים	מספר הקו	מתחנה	לתחנה	מספר התחנות	מחיר מלא בכיוון אחד	מחיר כרטיס "חופשי חודשי"

תאריך תחולת הבקשה:

נא להקפיד לציין את מחיר כרטיס "חופשי חודשי" כמתחייב כמסלול הנסיעה

בישוב בו אני מתגורר/ת לא קיימת תחבורה ציבורית כלל. אבקשכם לבדוק זכאותי לחופשי חודשי כמפורט בהוראת תכ"ם. "תשלום קצובת נסיעה", מס' 13.4.0.2.

הריני מצהיר בזה כי הפרטים הנ"ל נכונים ומבקש לאשר לי קצובת נסיעה התאם לפרטים שמסרתי לעיל. הנני מתחייב להודיע על כל שינוי בכתובת המגורים, מקום העבודה או בהסדרי התחבורה.

הערות:

תאריך _____ חתימת העובד _____

ב. אישור האמרכלות

הערות

תאריך _____ תואר החותם _____ חתימה _____

זכאי לקצובה מתאריך _____
לאחר בדיקה ואישור, על האמרכלות להעביר את הטופס ללא דיחוי למחלקת המשכורת

ג. לשימוש יחידת המשכורת

לשימוש היחידה – התשלום יהיה לפי קודי נסיעה בלבד

העובד זכאי לקצובה	קוד דיווח	קוד דיווח	קוד דיווח	החל מתאריך:
-------------------	-----------	-----------	-----------	-------------

הערות

תאריך _____ תואר החותם _____ חתימה _____

מינהל המחקר החקלאי הצהרת עובד חדש בהתקבלו לעבודה

הריני לאשר בזה כי התקבלתי לעבודה במכון / תחנה: _____

במחלקה: _____

הריני לאשר כי בעת התחלת עבודתי תודרכתי ע"י המנהל: _____

(שם ושם ומשפחה)

במסגרת התדרוך שעברתי הוצגו בפני הנושאים שלהלן:

- א. תיאור מפורט לגבי אופן העבודה במחלקה.
- ב. הסבר לגבי סוגי החומרים, התהליכים והמיכון המצויים בסביבת העבודה.
- ג. לימוד הסיכונים הנובעים מחשיפה ו/או שימוש בחומרים והמיכון שלעיל.
- ד. הדרכה לגבי אמצעי הבטיחות והגיהות אותם יש לנקוט על מנת להימנע מתאונות עבודה.

כמו כן, הריני לאשר כי הופנתי לעמוד הבטיחות שבאתר המנהל והתחייבתי לקרוא לפני תחילת עבודתי בפועל את החומרים הרלוונטיים במסגרת תפקידי (נוהל בטיחות 8.2 + 8.1) הכוללים בין היתר את כל חובותי לגבי נושא הבטיחות והגיהות ובכלל זה החובות המפורטות ב"חוק הפיקוח על העבודה, התשי"ד 1954", ב"פקודת הבטיחות בעבודה (נוסח חדש) תש"ל-1970", ב"חוברת ציוד מגן אישי תשכ"ט-1968 (מעודכן לספטמבר 1997)". וב"תקציר בטיחות בעבודת קרינה".

ידוע לי כי ההוראות המפורטות והמתחייבות בנושאים הנ"ל, נמצאות ברשות אמרכל היחידה ואוכל לעיין בהן בכל עת.

_____ חתימת העובד

_____ שם משפחה של העובד

_____ חתימת המתדרך

_____ שם משפחה של המנהל המתדרך

_____ חתימת ממונה הבטיחות

_____ שם משפחה של ממונה הבטיחות



מדינת ישראל מינהל המחקר החקלאי

אל: היחידה למשאבי אנוש

הנדון: חברות בארגון עובדים / עובד חדש

שם העובד _____ מס' ת.ז. _____

יחידה _____

() הנני חבר בארגון עובדים _____
(ציין איזה)

() הנני חבר בארגון עובדים _____ והנני מודיע בזאת
על הפסקת חברותי.

() איני חבר בכל ארגון שהוא

הריני מצהיר בזאת שהפרטים לעיל נכונים

_____ תאריך
_____ חתימה

*נא להעביר הטופס בדחיפות כדי שהאמור יהיה תקף בחודש ההודעה.

תפוצה:

1. תיק אישי
2. מחלקת משכורת
3. הסתדרות הכללית או לארגון העובדים אליו משתייך העובד.



מדינת ישראל



מינהל המחקר החקלאי

מכון וולקני

ניגוד עניינים - דף מידע לעובדים בשירות המדינה

למי מיועד דף זה? לכל עובד בשירות המדינה שמילוי תפקידו כרוך בהפעלת שיקול דעת.

מהו ניגוד עניינים? מצב שבו יש לעובד התנגשות עלולה להשפיע על שיקול הדעת שלו לבין התפקיד הציבורי שאותו הוא אמור למלא. אם ההתנגשות עלולה להשפיע על שיקול הדעת שלו - הוא מצוי בניגוד עניינים, ועליו להימנע מליטול חלק באותה החלטה ומלטפל באותו עניין. הכלל הוא מניעתי וצופה פני עתיד: אין משמעות לשאלה האם התקבלה בפועל החלטה המשרתת את האינטרס האישי, ודי בכך שישנו אינטרס אישי שעלול להשפיע על העובד.

איך מחליטים אם יש ניגוד עניינים? לפי הפסיקה, לא מדובר בעניין של תחושה אישית, אלא בעניין אובייקטיבי - האם ישנו חשש סביר לכך ששיקול הדעת יושפע. ישנו משקל מסוים גם לנראות של הדברים. מדובר בשאלה משפטית, ויש לקבל עליה תשובה מהיועץ המשפטי.

מהן ההשלכות של פעולה בניגוד עניינים?

- **השלכות מינהליות** - בנסיבות מסוימות, החלטה שהתקבלה תוך ניגוד עניינים של אחד הגורמים המעורבים תיחשב פסולה והיא עלולה להיות מבוטלת, כולה או חלקה.
- **השלכות משמעתיות ופליליות** - במקרים מסוימים, אם העובד הסתיר מידע רלוונטי, אם העובד הפיק מההחלטה רווח אישי לטובתו או לטובת קרובו, או אם היו לאיסור על ניגוד עניינים היבטים מחמירים אחרים - העובד חשוף לנקיטת צעדים משמעתיים נגדו, ובמקרים חמורים במיוחד אף לאישום פלילי.
- **השלכות ציבוריות** - עובד ציבור שקיבל החלטה תוך ניגוד עניינים עלול להימצא במבוכה אם הדברים יתפרסמו, גם אם לא היה מודע לנסיבות שהובילו לכך. גם היחידה שבה מועסק העובד וגם המשרד הממשלתי חשופים לביקורת ציבורית במקרים כאלו.

מהו הסדר למניעת ניגוד עניינים? הסדר למניעת ניגוד עניינים הוא מסמך התחייבות של העובד שבו מצהיר העובד על העניינים האישיים שיש לו, שעשויים להיות קשורים לתפקיד, ועל הצעדים שהוא ינקוט בכדי למנוע את ניגוד העניינים. בדרך כלל, העובד יתחייב להימנע מלטפל בעניינים הנוגעים לקרובי משפחתו, לחברים קרובים שיש להם זיקה למקום עבודתו ולגופים שיש לו קשר אישי אליהם. לעיתים יכלול ההסדר פירוט לגבי הגורמים שהוא קשור אליהם (כגון, רשימת לקוחות של בן משפחה).

מי חייב לערוך הסדר ניגוד עניינים? ככלל, עובדים שדרגת השיא במתח הדרגות של תקן המשרה שלהם היא אחת משלוש הדרגות הגבוהות בסולם הדרוג, וסוגי עובדים נוספים כמפורט בפסקה 13.621 בתקשייר - אינם רשאים להיכנס לתפקיד לפני שיפעלו בהתאם לנוהל לעריכת

הסדר ניגוד עניינים הקבוע בתקשי"ר. עובדים אלו צריכים למלא שאלון לאיתור חשש לניגוד עניינים, וככל שהיועץ המשפטי מוצא שיש חשש לניגוד עניינים - ייערך להם הסדר.

במקרים אחרים, ייערך הסדר ניגוד עניינים גם לעובדים נוספים ולבעלי תפקידים אחרים, ככל שיתברר שעשוי להיות מצב של ניגוד עניינים בין אינטרס אישי שלהם לבין תפקידם.

מדוע מועמד צריך למסור מידע אישי שלו ועל קרובי משפחתו? הסדר ניגוד עניינים מתייחס לעניינים האישיים של העובד. גם אם מסירת המידע האישי כרוכה לעיתים באי נוחות מסוימת, היא רלוונטית לצורך קבלת החלטה על קיומו של ניגוד עניינים ועל הצעדים שיש לנקוט. יש לזכור כי גם מידע הנוגע לקרוביך, ומידע שאינך מתמצא בו באופן מדויק, עשוי להיתפס כמידע רלוונטי, אם הוא נוגע לתפקידך. **הזהירות במצבים אלו עדיפה**, וניתן לסמוך על היועץ המשפטי לצורך מתן שירות דיסקרטי במקרי הצורך.

האם קיים הכרח למסור מידע מקום בו המועמד חש קושי במסירת המידע? עובד נורמטיבי ורציונלי נוטה לסבור שהוא יכול לפעול באופן אובייקטיבי ונטול פניות. מחקרים מעידים כי כאשר ישנם שיקולים אישיים, הם עלולים להטות את שיקול הדעת של העובד, וכי **התפיסה של העובד את עצמו כאדם נורמטיבי ואובייקטיבי, מקשה עליו לזהות את ההשפעות שיש לכך עליו**. הפרספקטיבה החיצונית של הייעוץ המשפטי היא חשובה על מנת לנטרל את ההטיה האישית ולבחון באופן נטול פניות אילו השפעות עלולות להיות על עובד בנסיבות כאלו. לצד זאת, יש לתת את הדעת גם לכך שחלק מההנחיות הן אחידות ונקבעו באופן רוחבי ביחס לכל עובדי המדינה, לטוב ולרע. בכל מקרה, אם הסדר ניגוד העניינים שנקבע מעורר קשיים, **חשוב ללבן את הדברים במשותף עם היועץ המשפטי**.

אישור

אני (שם משפחה _____ שם פרטי _____) מאשר בחתימתי כי קראתי דף מידע זה והבנתי את תוכנו.

חתימה

_____/_____/_____
תאריך

ההנחיות בנושא ניגודי עניינים - נועדו להגן גם עליך.

בכל שאלה ובכל מקרה של ספק - פנה אל היועץ המשפטי של המשרד.

מוסדות מחקר קודמים בהם הועסקתי (3שנים אחרונות)

שם המוסד	תאריכי התעסוקה	תחום מחקר	שותפי מחקר

האם מתקיימים (או התקיימו) הליכים לרישום קניין רוחני במסגרת זו?

כן לא

ככל שכן, נא לציין את מספר הפטנט _____

שם העובד



ימולא בעותק אחד אשר
יועבר ליח' למשאבי אנוש

מינהל המחקר החקלאי

נוהל מינהלה מס' 1.3

ניספח מס' 1

אל: מנהל היח' למשאבי אנוש

הנדון: הצהרה בדבר אי עבודה קודמת במשרדי הממשלה

הנני מצהיר, כי במשך 12 החודשים שקדמו למועד התחלת עבודתי במינהל המחקר
החקלאי, דהיינו מיום _____ ועד ליום _____

לא עבדתי ביחידה כלשהי מיחידות משרדי הממשלה (ובכלל זה יחידות משרד החקלאות
ויחידות מינהל המחקר החקלאי) ולא הועסקתי בשום צורה שהיא באחת מיחידות אלו בין
כעובד, בין כעובד גוף אחר, בין כעובד קבלן, בין כמתנדב ובין כעובד מכל סוג שהוא אחר.

תאריך _____ שם העובד _____ מס' ת.ז. _____ חתימה _____

אישור אמרכל היחידה

בדקתי פרטי הצהרתו של הנ"ל ומצאתים תואמים את המידע שברשותי

תאריך _____ שם האמרכל _____ חתימה _____



מנהל המחקר החקלאי

נוהל מנהלה מס' 3.1

נספח מס' 3

הצהרה על העסקה עד 4 שנים

אני הח"מ _____ בעל ת"ז מס' _____

מצהיר בזאת כי ביום _____ התקבלתי לעבודה במנהל המחקר החקלאי לתפקיד /ית

_____ .

ידוע לי כי תקופת העסקתי במנהל המחקר החקלאי לא תעלה על 4 שנים ממועד תחילת עבודתי.
העסקתי הינה עפ"י חוזה מיוחד עפ"י תקנה 1 (2) לתקנות שירות המדינה (מינויים).

(חוזה מיוחד), התשי"כ – 1960 לתקופות מתחדשות התלויות בתקציב.

אין בהעסקתי עפ"י חוזים אלה במהלך תקופה זו כדי להקנות לי זכות להעברה למעמד זמני או קבוע,
בהתאם להוראות סעיפים 16.52, 16.53 לתקשי"ר.

נדגיש כי נלוות השכר (כגון: הקצאת שעות נוספות, כוננות, תקן רכב) במידה ויאושרו בתקופת
העסקתי גם הן תלויות בתקציבי מחקר ואינן זכות שישתלמו באופן אוטומטי בכל תקופת העסקתי.

_____ : חתימת העובד

_____ : תאריך



נספח מס' 3 - נוהל מנהלה מס' 3.1
הצהרה על העסקה מותנית תקציב
עוזר מחקר ב' + מומחים

אני הח"מ _____ בעל ת"ז מס' _____

מצהיר בזאת כי ביום _____ התקבלתי לעבודה במנהל המחקר החקלאי לתפקיד _____

העסקתי הינה עפ"י חוזה מיוחד עפ"י תקנה 1(2) לתקנות שירות המדינה (מינויים). (חוזה מיוחד), התש"כ - 1960 לתקופות מתחדשות תלויות בתקציב.

ידוע לי כי תקופת העסקתי מותנית בתקציבי מחקר והעסקתי תהייה כל עוד קיים תקציב.

אין בהעסקתי עפ"י חוזים אלה במהלך תקופה זו כדי להקנות לי זכות להעברה למעמד זמני או קבוע, בהתאם להוראות סעיף 11.982.

נדגיש כי נלוות השכר (כגון: הקצאת שעות נוספות, כוננות, תקן רכב) במידה ויאושרו בתקופת העסקתי גם הן תלויות בתקציבי מחקר ואין זכות שישתלמו באופן אוטומטי בכל תקופת העסקתי.

חתימת העובד: _____

תאריך: _____

מנהל המחקר החקלאי

נוהל מנהלה מס' 3.1

נספח מס' 3

הצהרה על העסקה עד 5 שנים – לסטודנטים בלבד

אני הח"מ _____ בעל ת"ז מס' _____

מצהיר בזאת כי ביום _____ התקבלתי לעבודה במנהל המחקר החקלאי לתפקיד סטודנט/ית

_____ .

ידוע לי כי תקופת העסקתי במנהל המחקר החקלאי לא תעלה על 5 שנים ממועד תחילת עבודתי או עד לסיום הלימודים – המוקדם מבין השניים.

חתימת העובד : _____

תאריך : _____



מדינת ישראל

נספח א-1 שכר פנסיוני [יסוד משולב + תוספות]

ביטוח פנסיוני – הפרשות לקרן פנסיה, קופת גמל או ביטוח מנהלים

אל: משרד / ביה"ח: מס' ח.פ.:

זכויות/תיה של העובד/ת:				
מספר זהות [9 ספרות]	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	החל מתאריך
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

תבטחנה על-פי בחירת/ה בהסדר פנסיוני כדלקמן:

נא סמני בחירתך : קרן פנסיה / ביטוח מנהלים / קופת גמל

שיעורי הפרשות			
פרטי הקופה	שם קרן הפנסיה, חברת הביטוח, קופת הגמל	מס' קופה במלם	מס' קופה בשוק ההון

תגמולי מעסיק	פיצויים	תגמולי עובד/ת	בגין מהשכר הקובע*
<input type="checkbox"/> % לתגמולים + <input type="checkbox"/> % א.כ.ע.** [% לתגמולים + % א.כ.ע = 7.5%] תגמולי מעסיק לא יפחתו מ- 5% *** הפרשות לצו הרחבה: תגמולי מעסיק 6.5%	<input type="checkbox"/> % לפיצויים [בביטוח מנהלים באישור נש"מ בלבד ניתן לדווח 8.33%] *** הפרשות לצו הרחבה: פיצויים 6%	<input type="checkbox"/> % לתגמולי עובד תגמולי עובד – 7%, למעט הפרשות לצו הרחבה*** בין 6% - 7%	במידה ואין פיצול יש למלא "בגין הקובע" 100%

* ניתן לפצל הפרשות לפי אחוז או סכום מהשכר הקובע, ככל שהעובד בחר בפיצול יש למלא טופס נוסף להשלמת הפיצול עד ל-100%.

** א.כ.ע – דיווח א.כ.ע ניתן רק במידה והעובד בחר בביטוח מנהלים.

*** צו הרחבה – לעובדים המשובצים בדירוגים הזכאים להפרשות לחיסכון פנסיוני בהתאם לצו ההרחבה.

מוסכם בין הצדדים כי ההסדר בנספח זה מהווה, בהתאם לסעיף 1(א) 1(ב) לצו שר התעשייה המסחר והתעסוקה ועל-פי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים התשכ"ג-1963, שפורסם בילקוט הפרסומים התשנ"ח בעמ' 4395 פטור לממשלה כמעסיק מ-72% של פיצויי הפיטורים אם יגיעו לעובד/ת בגין % מהשכר הקובע. הממשלה מוותרת מראש על כל זכות שיכולה להיות לה להחזיר כספים מתוך תשלומיה לפי האמור לעיל, אלא אם משך/ה העובד/ת כספים שלא בשל אירוע מזכה לעניין נספח זה. [אירוע מזכה"- פטירה, נכות, פרישה מגיל 60]. הצהרת העובד: העובד מצהיר כי חלק מהפקדות המעביד מיועדות לרכישת אובדן כושר עבודה, שלפחות 75% מהשכר המבוטח ו/או 2.5% א.כ.ע. ידוע לי כי המעסיק לא יהיה מחויב בהפרשה לאובדן כושר עבודה במידה ובחתי שלי לא להפריש לרכיב זה. ידוע לי כי בפוליסה על שמי המבוטח על הפרשות משכר עבודה נוספת או החזר הוצאות (להלן - "רכיבי שכר שאינם קבועים"), לא יהיו הכיסויים הביטוחיים בתוקף בחודש בו לא שולמו דמי הביטוח, עקב אי זכאות להפקדות בגין "רכיבי שכר שאינם קבועים".

אישור כללי בדבר תשלומי מעבידים לקרן פנסיה ולקופת ביטוח במקום פיצויי פיטורים לפי חוק פיצויי פיטורים, התשכ"ג - 1963

"בתוקף סמכותי לפי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים, התשכ"ג-1963 (1) (להלן - החוק), אני מאשר כי תשלומים ששילם מעביד החל ביום פרסומו של אישור זה, בעד עובדו לפנסיה מקיפה בקופת גמל לקצבה שאינה קופת ביטוח כמשמעותה בתקנות מס הכנסה (כללים לאישור ולניהול קופות גמל), התשכ"ד-1964 (2) (להלן - קרן פנסיה), או לביטוח מנהלים הכולל אפשרות לקצבה או שילוב של תשלומים לתוכנית קיצבה ולתוכנית שאינה לקיצבה בקופת ביטוח כאמור (להלן - קופת ביטוח), לרבות תשלומים ששילם תוך שילוב של תשלומים לקרן פנסיה ולקופת ביטוח בין אם יש בקופת ביטוח תוכנית לקיצבה ובין אם לאו, (להלן - תשלומי המעביד), יבואו במקום פיצויי הפיטורים המגיעים לעובד האמור בגין השכר שממנו שולמו התשלומים האמורים ולתקופה ששולמו (להלן - השכר המופטר), ובלבד שנתקיימו כל אלה:

1. תשלומי המעביד
 - א. לקרן פנסיה אינם פחותים מ- 14.33% מן השכר המופטר או 12% מן השכר המופטר אם משלם המעביד בעד עובדו בנוסף לכך גם תשלומים להשלמת פיצויי פיטורים לקופת גמל לפיצויים או לקופת ביטוח על שם העובד בשיעור של 2.33% מן השכר המופטר. לא שילם המעביד בנוסף ל- 12% גם 2.33% כאמור, יבואו תשלומיו במקום 72% מפיצויי הפיטורים של העובד, בלבד;
 - ב. לקופת ביטוח אינם פחותים מאחד מאלה:
 - 1) 13.33% מן השכר המופטר, אם משלם המעביד בעד עובדו. בנוסף לכך גם תשלומים להבטחת הכנסה חודשית במקרה אובדן כושר עבודה, בתכנית שאישר הממונה על שוק ההון ביטוח וחיסכון במשרד האוצר, בשיעור הדרוש להבטחת 75% מן השכר המופטר לפחות או בשיעור של 2.5% מן השכר המופטר, לפי הנמוך מבניהם (להלן - תשלום לביטוח אובדן כושר עבודה);
 - 2) 11% מן השכר המופטר, אם שילם המעביד בנוסף גם תשלום לביטוח אובדן כושר עבודה ובמקרה זה יבואו תשלומי המעביד במקום 72% מפיצויי הפיטורים של העובד, בלבד; שילם המעביד נוסף על אלה גם תשלומים להשלמת פיצויי פיטורים לקופת גמל לפיצויים או לקופת ביטוח על שם העובד בשיעור של 2.33% מן השכר המופטר, יבואו תשלומי המעביד במקום 100% פיצויי הפיטורים של העובד.
2. לא יאוחר משלושה חודשים מתחילת ביצוע תשלומי המעביד נערך הסכם בכתב בין המעביד לבין העובד ובו -
 - א. הסכמת העובד להסדר לפי אישור זה בנוסח המפרט את תשלומי המעביד ואת קרן הפנסיה וקופת הביטוח, לפי העניין; בהסכם האמור ייכלל גם נוסחו של אישור זה;
 - ב. ויתור המעביד מראש על כל זכות שיכולה להיות לו להחזיר כספים מתוך תשלומיו, אלא אם כן נשללה זכות העובד לפיצויי פיטורים בפסק דין מכח סעיפים 16 או 17 לחוק ובמידה שנשללה או שהעובד משך כספים מקרן הפנסיה או מקופת הביטוח שלא בשל אירוע מזכה; לעניין זה, "אירוע מזכה" - מוות, נכות או פרישה בגיל שישים או יותר.
 - ג. אין באישור זה כדי לגרוע מזכותו של עובד לפיצויי פיטורים לפי החוק, הסכם קיבוצי, צו הרחבה או חוזה עבודה, בגין שכר שמעבר לשכר המופטר.



מדינת ישראל

הפרשות לחיסכון פנסיוני לעובדי המדינה

נספח א-1 שכר פנסיוני [יסוד משולב + תוספות]

ביטוח פנסיוני – הפרשות לקרן פנסיה, קופת גמל או ביטוח מנהלים

אישור העובד/ת			
מס' טלפון	כתובת [עיר, רחוב, מס' בית]	תאריך	חתימת עובד/ת
		/ /	

אישור קרן הפנסיה / קופת הגמל
<p>▪ בחר העובד בקרן פנסיה קיימת (קרן פעילה) אשר הופרשו אליה כספים ב- 3 החודשים האחרונים - יש לצרף דו"ח הפרשות תקופתי מקרן הפנסיה.</p> <p>▪ בחר העובד בקרן פנסיה חדשה (קרן לא פעילה) או החליף קרן פנסיה - יש לצרף אישור הצטרפות מהקרן (נספח ו'). לקרנות ברירת מחדל בלבד אין חובה לצרף אישור הצטרפות.</p>

אישור חברת הביטוח – ביטוח מנהלים				
שם סוכן ביטוח	מס' טלפון	כתובת	תאריך	חתימה וחותמת חברה
			/ /	

אישור המעסיק				
שם המשרד/ביה"ח	שם מנהל משאבי אנוש	מס' טלפון	תאריך	חתימה וחותמת מנהל
			/ /	



מדינת ישראל

הפרשות לחיסכון פנסיוני לעובדי המדינה

נספח א-2 - שכר עבודה נוספת [שעות נוספות, כוננויות, משמרות וכו']

ביטוח פנסיוני – הפרשות לקרן פנסיה, קופת גמל או ביטוח מנהלים

אל: משרד / ביה"ח: מס' ח.פ.:

זכויותיו/תיה של העובד/ת:				
מספר זהות [9 ספרות]	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	החל מתאריך
			/ /	/ /

תבטחנה על-פי בחירתו/ה בהסדר פנסיוני כדלקמן:

נא סמני/י בחירתך : קרן פנסיה / ביטוח מנהלים / קופת גמל

שיעורי הפרשות - בגין שכר עבודה נוספת

פרטי הקופה	שם קרן הפנסיה/ חברת הביטוח/ קופת הגמל			מס' קופה במלם	מס' קופה בשוק ההון

תגמולי מעסיק	פיצויים	תגמולי עובד/ת
<p><input type="checkbox"/>% לתגמולים + <input type="checkbox"/>% א.כ.ע.*</p> <p>[% לתגמולים + % א.כ.ע = 7.5%]</p> <p>תגמולי מעסיק לא יפחתו מ - 5%</p> <p>** הפרשות לצו הרחבה: תגמולי מעסיק 6.5%</p>	<p><input type="checkbox"/>% לפיצויים</p> <p>** הפרשות לצו הרחבה: פיצויים 6%</p>	<p><input type="checkbox"/>% לתגמולי עובד</p> <p>תגמולי עובד - 7%, למעט הפרשות לצו הרחבה:** בין 6% - 7%</p>

* א.כ.ע - דיווח א.כ.ע ניתן רק במידה והעובד בחר בביטוח מנהלים.
** צו הרחבה - לעובדים המשובצים בדירוגים הזכאים להפרשות לחיסכון פנסיוני בהתאם לצו ההרחבה.

אישור העובד/ת			
מס' טלפון	כתובת [עיר, רחוב, מס' בית]	תאריך	חתימת עובד/ת
		/ /	

אישור קרן הפנסיה / קופת הגמל

- בחר העובד בקרן פנסיה קיימת (קרן פעילה) אשר הופרשו אליה כספים ב- 3 החודשים האחרונים - יש לצרף דו"ח הפרשות תקופתי מקרן הפנסיה.
- בחר העובד בקרן פנסיה חדשה (קרן לא פעילה) או החליף קרן פנסיה - יש לצרף אישור הצטרפות מהקרן (נספח ו'). לקרנות ברירת מחדל בלבד אין חובה לצרף אישור הצטרפות.

אישור חברת הביטוח - ביטוח מנהלים				
שם סוכן ביטוח	מס' טלפון	כתובת	תאריך	חתימה וחותמת חברה
			/ /	

אישור המעסיק				
שם המשרד/ביה"ח	שם מנהל משאבי אנוש	מס' טלפון	תאריך	חתימה וחותמת מנהל
			/ /	



מדינת ישראל

הפרשות לחיסכון פנסיוני לעובדי המדינה

נספח א-3 - החזר הוצאות [אחזקת רכב, נסיעות, אש"ל וכו']

ביטוח פנסיוני – הפרשות לקרן פנסיה, קופת גמל או ביטוח מנהלים

אל: משרד / ביה"ח: מס' ח.פ.:

זכויותיו/תיה של העובד/ת:				
מספר זהות [9 ספרות]	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	החל מתאריך
			/ /	/ /

תבטחנה על-פי בחירתו/ה בהסדר פנסיוני כדלקמן:

נא סמני בחירתך : קרן פנסיה / ביטוח מנהלים / קופת גמל

שיעורי הפרשות - בגין שכר החזר הוצאות

פרטי הקופה	שם קרן הפנסיה/ חברת הביטוח/ קופת הגמל	מס' קופה במלם	מס' קופה בשוק ההון

שיעורי הפרשות	תגמולי מעסיק	תגמולי עובד/ת
5% לתגמולים	<input type="text"/> %	5% - 7% עפ"י בחירת העובד/ת

אישור העובד/ת			
מס' טלפון	כתובת [עיר, רחוב, מס' בית]	תאריך	חתימת עובד/ת
		/ /	

אישור קרן הפנסיה / קופת הגמל

- בחר העובד בקרן פנסיה קיימת (קרן פעילה) אשר הופרשו אליה כספים ב-3 החודשים האחרונים - יש לצרף דו"ח הפרשות תקופתי מקרן הפנסיה.
- בחר העובד בקרן פנסיה חדשה (קרן לא פעילה) או החליף קרן פנסיה - יש לצרף אישור הצטרפות מהקרן (נספח ו'). לקרנות ברירת מחדל בלבד אין חובה לצרף אישור הצטרפות.

אישור חברת הביטוח – ביטוח מנהלים				
שם סוכן ביטוח	מס' טלפון	כתובת	תאריך	חתימה וחותמת חברה
			/ /	

אישור המעסיק				
שם המשרד/ביה"ח	שם מנהל משאבי אנוש	מס' טלפון	תאריך	חתימה וחותמת מנהל
			/ /	



מדינת ישראל

נספח א-4 - קרן השתלמות לעובדי המדינה

אל: משרד / ביה"ח: _____ מס' ח.פ: _____

זכויות/תיה של העובד/ת:				
מספר זהות [9 ספרות]	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	החל מתאריך
			/ /	/ /

בחירת קרן השתלמות [אך ורק לעובדים הזכאים להצטרף לקרן השתלמות על-פי ההסכם הקיבוצי, ידוע לי כי באפשרותי לפנות לארגון העובדים היציג לקבלת מידע רלוונטי]

קרן ההשתלמות ששמה נקוב בהסכמים הקיבוציים החלים עליי בהתאם לדירוג: _____

פרטי קרן ההשתלמות		
שם קרן ההשתלמות	מס' קופה במלם/ביוניק	מס' קופה בשוק ההון

שיעורי הפרשות - [נא סמן/י בחירתך - אפשרות אחת בלבד]

עובד/ת	מעסיק	
2.5%	7.5%	<input type="checkbox"/> ברירת המחדל * [לכלל עובדי המדינה]
4.2%	8.4%	<input type="checkbox"/> דירוג עובדי הוראה **
<input style="width: 50px;" type="text" value="%"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="%"/>	<input type="checkbox"/> דירוג רופאים [נא למלא אחוז הפרשות]

אני בוחר/ת ומבקש/ת שלא להשתייך לקרן ההשתלמות למרות שקראתי והבנתי את דברי ההסבר שלהלן: [אפשרות זו אינה מיועדת לרופאים, וטרינרים, מתמחים ברפואה, אשר מחויבים להצטרף לקרן השתלמות]

* עובד רשאי לבקש להצטרף לקרן השתלמות לפי בחירתו. קרן השתלמות הינה תכנית חסכון לטווח של 6 שנים לפחות, שבה העובד והמעסיק מפרישים מידי חודש מהשכר הקובע לפנסיה. [הפרשות ברירת מחדל]

** מיועד לעובדי ההוראה המעוניינים לצאת לשנת שבתון לצורך השתלמות, בתחומי עניין שונים הקשורים לקידום המקצועי, מתוך מאגר נושאים המוגדרים לימודי חובה ולימודי השלמה. מורים ללא שימוש בשנת שבתון ו/או מגיל 55 ומעלה יש לבחור באפשרות ברירת המחדל.

אישור העובד/ת			
מס' טלפון	כתובת [עיר, רחוב, מס' בית]	תאריך	חתימת עובד/ת
		/ /	

אישור קרן ההשתלמות

▪ בחר העובד בקרן השתלמות קיימת (קרן פעילה) אשר הופרשו אליה כספים ב- 3 החודשים האחרונים - יש לצרף דו"ח הפרשות תקופתי מקרן ההשתלמות.

▪ בחר העובד בקרן השתלמות חדשה (קרן לא פעילה) או החליף קרן השתלמות - יש לצרף אישור הצטרפות מקרן ההשתלמות.

אישור המעסיק				
שם המשרד/ביה"ח	שם מנהל משאבי אנוש	מס' טלפון	תאריך	חתימה וחותמת מנהל
			/ /	



לכבוד: האגף למשאבי אנוש / מחלקת משכורת

הנדון: טופס מקדמת שכר לסטודנט / אזרח ותיק

(מחקר/י את המיותר)

1. ידוע לי כי היקף משרתי הינה עד 120 שעות עבודה חודשיות.
2. **שכרי הראשון** ישולם כמקדמה בשווי 30 שעות עבודה בלבד (בכפוף להנחיית התכ"מ (13.1.3) ולפי הנחיית חשב המשרד), **ללא קשר** להיקף השעות אותם אעבוד בפועל. השכר עבור שעות עבודה לחודש זה ישולמו לי בחודש העוקב.
3. **בחודש העוקב** תלוש השכר יחושב באופן הבא:
מקדמה בשווי של 30 שעות או מקדמה לפי מספר שעות עבודה שאבחר בסעיף 4, **בתוספת** שעות העבודה שביצעתי בפועל בחודש קודם ו**בקיזוז** שווי המקדמה ששולמה.
4. **אבקש לעדכן את מקדמת השכר ל** _____ **שעות מחודש** _____ **ועד להודעה חדשה.**
(שווי המקדמה לתשלום לא תעלה על 30 שעות ולא תפחת מ 5 שעות עבודה)

****במידה ויווצר חוב כלפי מינהל המחקר החקלאי בסיום העסקתי בגין מקדמה עודפת, הנני מתחייב**

לשלם את החוב עד 30 יום ממועד סיום ההעסקתי**

שם העובד/ת: _____ ת"ז: _____ חתימה: _____

שם הממונה: _____ חתימת הממונה: _____ תאריך: _____



הקרן לביטוח הדדי לחברי
הסתדרות עובדי המדינה בע"מ

הנדון: הצהרת הצטרפות לקרן לביטוח הדדי

עבור עובד חדש במעמד קבוע/ בנסיון/זמני/חוזה מיוחד בשירות המדינה או עובד במעמדות הנ"ל שטרם חלפו 12 חודשים מתחילת עבודתו בשירות המדינה, או עובד העובר ממעמד למעמד

החברות בקרן מקנה זכאות למענק חד פעמי במקרה פטירה חו"ח, או במקרה נכות, הכל בכפוף לתנאי תקנון הקרן.

לתשומת לבך! ההצטרפות כחבר בקרן הינה וולנטרית.

- אני מעוניין להצטרף לקרן/ מעוניין להמשיך חברותי בקרן.
 אני לא מעוניין להצטרף לקרן/ לא מעוניין להמשיך חברותי בקרן.

שם ושם משפחה: _____ ת.ז. _____.

תאריך לידה: _____
מצב משפחתי: רווק/ה נשוי/אה גרושה אלמן/ה

כתובת: _____ טל' נייד: _____

טל' נוסף: _____ כתובת דוא"ל: _____

שם מקום העבודה של העובד/ת: _____

מועד תחילת עבודה בשירות המדינה: _____

מעמד העובד בקבלה לשירות המדינה: קבוע זמני בנסיון חוזה מיוחד מילוי מקום ארעי

העובד עובר ממעמד: קבוע זמני בנסיון חוזה מיוחד מילוי מקום ארעי למעמד:
 קבוע זמני בנסיון חוזה מיוחד מילוי מקום ארעי

ידוע לי כי הגיל המירבי להצטרפות לביטוח ההדדי הוא 60 שנה ואני מצהיר כי הנני מתחת לגיל 60 שנה.

יש לי אחוזי נכות בשיעור _____ % וידוע לי כי זכאותי לתשלום מענק נכות בקרות אירוע מזכה על פי התקנון הינה בשיעור חלקי בלבד בהתאם לאחוזי הנכות שיתווספו לי במהלך השירות עד ל-100% נכות.

אין לי אחוזי נכות.

אני מצהיר/ה בזאת על רצוני להצטרף כחבר בקרן לביטוח הדדי לחברי הסתדרות עובדי המדינה (להלן: "הקרן") והנני נותן/ת בזה הוראה בלתי חוזרת למעסיק לנכות ממשכורת לטובת הקרן הנ"ל את דמי החבר השנתיים כפי שייקבעו מעת לעת ע"י הנהלת הקרן.

הנני נותן/ת בזאת הסכמה למעסיק למסור לקרן לביטוח הדדי בכל עת ועל פי דרישתה את פרטי ההתקשרות עימי ועדכון על פרטיי האישיים.

תאריך _____ חתימת העובד/ת _____

עמוד 1 מתוך 3

הקרן לביטוח הדדי לחברי הסתדרות עובדי המדינה בע"מ

רח' הלל 8, ירושלים | מיקוד 9458108

טל': 02-6258343, 02-6257630 | פקס: 02-6245706

b-haddi@zahav.net.il



הקרן לביטוח הדדי לחברי
הסתדרות עובדי המדינה בע"מ

ידוע לי כי חובתי לוודא שדמי החבר בגין חברותי בביטוח ההדדי מנוכחים ממשכורתני מדי חודש.
למעסיק לא תהיה אחריות כלפיי ככל שלא נוכו דמי החבר עבורי, ולא אבוא בטענות אל המעסיק ואל
הקרן בקשר לכך.

ידוע לי כי בתקופות של חופשה ללא תשלום, חופשת לידה, מילואים וכל תקופת היעדרות שאינה
מזכה בשכר, חובתי להסדיר את תשלום דמי החבר ישירות לקרן לביטוח הדדי **טרם יציאתי לחופשה.**

ידוע לי כי אי תשלום דמי חבר יפקיעו את חברותי בקרן.

אני מורה כי סכום המענק אשר ישולם ע"י הקרן במקרה פטירתי, בהתאם לתנאי התקנון, ישולם
לרשומים בלוח שלהלן בחלקים המצויינים ליד שמותיהם (להלן ייקראו: "המוטבים"):

שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	תעודת זהות	קרבת משפחה	כתובת	טלפון	חלק ב- %
סה"כ 100%							

ככל שאחד המוטבים המפורטים לעיל ילך לעולמו לפניי, אני מורה כי הסכומים שהיו אמורים להיות משולמים לו לאחר פטירתי יועברו לאנשים הבאים:

לשאר המוטבים בחלקים שווים

לשאר המוטבים באופן יחסי לחלקם

ליורשי החוקיים (על פי צו ירושה או צו קיום צוואה)

אחר: _____

ידוע לי כי אני רשאי לשנות את פרטי המוטבים כל עת, ובלבד שאודיע על כך לקרן לביטוח הדדי לפני פטירתי והכל בכפוף להוראות התקנון.

ידוע לי כי בהעדר הוראה מצדי לעניין מינוי מוטבים יהיו הזכאים למענק יורשי על פי דין או על פי צוואה והכל בכפוף להוראות התקנון.

ידוע לי כי זכויותי וזכויות המוטבים לעיל הינן ותהיינה על פי תנאי תקנון הקרן לביטוח הדדי כפי שיהיו בתוקף מעת לעת, ועל פי החלטות מוסדותיה המוסמכים.

תאריך _____ חתימת העובד/ת _____

עמוד 2 מתוך 3

הקרן לביטוח הדדי לחברי הסתדרות עובדי המדינה בע"מ

רח' הלל 8, ירושלים | מיקוד 9458108

טל': 02-6258343, 02-6257630 | פקס: 02-6245706

b-haddi@zahav.net.il



הקרן לביטוח הדדי לחברי
המסדרות עובדי המדינה בע"מ

• לטופס זה יצורף צילום של תעודת הזהות, כולל הספח.

תאריך _____ חתימת העובד/ת _____

אישור המזעה:

אני¹ מאשר כי:

א. הנ"ל חתם/מה בנוכחותי לאחר שזיהיתי אותו על פי תעודת הזהות

ב. העובד התחיל לעבוד בתאריך _____ ביחידה _____

במעמד _____ קבוע זמני בנסיון חוזה מיוחד מילוי מקום ארעי

שם המזעה _____ תפקיד המזעה _____ מס' תעודת זהות _____

חתימת המזעה _____ תאריך _____

¹ בתור מזהה יחתום/תחתום עובד/ת הקרן או עובד/ת מדינה העובד/ת ביחידת משאבי אנוש, לאחר שזיהה את העובד/ת מול תעודת זהות.

עמוד 3 מתוך 3

הקרן לביטוח הדדי לחברי המסדרות עובדי המדינה בע"מ

רח' הלל 8, ירושלים | מיקוד 9458108

טל': 02-6258343, 02-6257630 | פקס: 02-6245706

b-haddi@zahav.net.il



כרטיס עובד⁽¹⁾

סמ"י ✓ בריבוע המתאים

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד⁽¹⁾

לפי תקנות מס הכנסה (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה), התשנ"ג - 1993

שנת המס

טופס זה ימלא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (א"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעביד למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת⁽¹⁾ העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים. {ראה הסברים (לפי המספרים) מעבר לדף}

א. פרטי המעביד (למילוי ע"י המעביד)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
			9:

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורף בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים)

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
כתובת פרטית		מספר טלפון	מספר טלפון נייד	
רחוב/שכונה	מספר	עיר/ישוב	מיקוד	קידומת
מין	מצב משפחתי	תושב ישראל	חבר קיבוץ/מושב שיתופי	חבר בקופת חולים
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרוש/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש)	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם הקופה
כתובת דואר אלקטרוני				

ג. פרטים על ילדיי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות) ד. פרטים על הכנסותיי ממעביד זה

סמ"י ✓ ליד שם הילד:		בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך		בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגיניו קצבת ילדים מ"ל	
1	2	שם	מספר זהות	תאריך לידה	

אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)

משכורת חודש⁽²⁾

משכורת בעד משרה נוספת⁽³⁾

משכורת חלקית⁽⁴⁾

שכר עבודה (עובד יומי)⁽⁵⁾

קצבה⁽⁶⁾

מלגה⁽¹⁾

תאריך תחילה העבודה⁽¹⁾ בשנת המס

ה. פרטים על הכנסות אחרות

אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות⁽¹⁾

יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:

משכורת חודש⁽²⁾ קצבה⁽⁶⁾

משכורת בעד משרה נוספת⁽³⁾ מלגה⁽¹⁾

משכורת חלקית⁽⁴⁾ ממקור אחר

שכר עבודה (עובד יומי)⁽⁵⁾

אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמ"י:

אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת⁽⁷⁾

אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו⁽⁸⁾

אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת⁽⁹⁾

אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת⁽¹⁰⁾

ו. פרטים על לבן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
<input type="checkbox"/> אין לבן/בת הזוג כל הכנסה <input type="checkbox"/> יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: <input type="checkbox"/> עבודה/קצבה/עסק <input type="checkbox"/> הכנסה אחרת				

ז. שינויים במהלך השנה (כולל שינויים הקשורים לבקשה להקלה בחישוב המס מעבר לדף)

תאריך השינוי	פ ר ט י ה ש נ	תאריך ההודעה	חתימת העובד/ת
		/ /	
		/ /	
		/ /	

1 אני תושב/ת ישראל.

2 אני נכה 100% / עיוורת/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בפרק ה כי "אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.

3 אני תושב/ת קבועה/ בישוב מזוכה⁽¹³⁾ מתאריך _____. אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312 א.

4 אני עולה חדשה/ה תושב/ת חוזר/ת מתאריך _____.
לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____.
מי שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תיקונים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה.
חובה לצרף: תושב/ת חוזר/ת - אישור משרד הקליטה (תעודת "תושב חוזר" מעל 6 שנים). עולה חדשה/ה - תעודת עולה.

5 בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס.
רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיע/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוור/ת עפ"י סעיף 9(5) לפקודה.

6 אני הורה במשפחה חד הורית⁽¹¹⁾ החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.

7 בגין ילדיי שבחזקתי המפורטים בחלק ג.
ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד⁽¹²⁾.
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____ .

8 בגין ילדיי הפעוטים. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד⁽¹²⁾.
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____ .

9 אני הורה יחיד⁽¹²⁾ לילדיי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 7 ו-8 לעיל).

10 בגין ילדיי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם.
ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.

11 אני הורה לילד נטול יכולת שטרם מלאו לו 19 שנים, בגינו אני מקבל/ת גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי. מצורף אישור גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי לשנה נוכחית. בן זוגי אינו מקבל נקודות זיכוי אלה. לילדי, בגינו אני מבקש את נקודות הזיכוי, אין הכנסות בשנה הנוכחית.

12 בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. מצורף פסק דין.

13 מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.

14 אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____ . מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.

15 בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמך/י ✓ בריבוע המתאים)

1 לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעביד זה.
הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור משטרת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלה וכיו"ב. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה.
2. דמי לידה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.

2 יש לי הכנסות נוספות ממשכורת⁽¹⁾ כמפורט להלן:

המס שנוכה	הכנסה חודשית	סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)	ה מ ע ב י ד / מ ש ל מ ש כ ו ר ת ⁽¹⁾		
			ש	כ ת ו ב ת	מספר תיק ניכויים
					9
					9
					9

3 פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.

י. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשמטה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעביד על כל שינוי שיחול בפרטיי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

_____ תאריך _____ חתימת המבקש/ת

דברי הסבר למילוי טופס 101

- (1) "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעביד" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכיו"ב.
(2) "עבודה" לרבות קבלת משכורת. "מלגה" לרבות מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
(3) משכורת חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש.
(4) משכורת בעד משרה נוספת - משכורת בעד עבודה של יותר מ- 5 שעות ביום, נוסף למשכורת ו/או בנוסף לקצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת בעד משרה נוספת".
(5) משכורת חלקית - משכורת בעד עבודה של 5 שעות או פחות ליום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ-5 שעות ליום אך פחות מ-8 שעות בשבוע.
(6) שכר עבודה - משכורת בעד עבודה של פחות מ- 18 יום בחודש אך לא פחות מ- 8 שעות בשבוע. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
(7) קצבה - משכורת שהיא הכנסה יחידה ינוכה מס לפי לוח הניכויים. אם יש הכנסות נוספות - ינוכה מס בשיעור מירבי או על-פי תיאום מס מפקיד השומה. אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.
(8) אם העובד לא מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
(9) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
(10) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"ש.
(11) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
(12) הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
(13) ישוב מזוכה - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.



תאריך _____

אל: מנהל אגף א' (משאבי אנוש)

הנדון: טופס הצהרה לעובד המועסק ב"מילוי מקום"

1. בהתאם לחוק שירות המדינה (מינויים) 1959, התקנות והתקשי"ר, ידוע לי כי העסקתי במשרה מספר _____ בתפקיד _____, הינה באופן זמני וזאת עד לעריכת מכרז פומבי למשרה הנדונה, כדין ידוע לי כי איני זכאי להגיש מועמדות למכרז פנימי לאור הוראות החוק והתקשי"ר.

2. ידוע לי כי אם:

- א. לא תתקבל מועמדותי במכרז פומבי למשרה הנ"ל (אי עמידה בתנאי סף) או
- ב. לא אעבור בהצלחה את הבחינות/מרכז הערכה במכרז הנ"ל או
- ג. לא אבחר למשרה בוועדת בוחנים

תופסק עבודתי לאלתר בשירותי המדינה ולא תהיינה לי דרישות כלפי המשרה הנ"ל, עקב העסקתי במשרה הנדונה מיום קליטתי ועד לסיום הליכי המכרז הפומבי.

שם העובד _____ חתימה _____

הריני לאשר כי מר/גב' _____ ת"ז _____
חתם בנוכחותי.

שם מנהל משאבי אנוש _____ חתימה _____



מדינת ישראל

בקשה לאישור תוספת ותק מקצועי/אקדמי

(על-פי פרק משנה 24.4 לתקשי"ר)
ימולא על-ידי העובד/ת ב-5 העתקים.
לאחר מילוי חלק א ישלח לגוף המוסמך
לאשר בצירוף תעודות ואישורים.

מס' תיק בנש"מ

האישור מבוקש לצורך תוספת ותק קידום ותק

חלק א - ימולא על-ידי העובד/ת

הדירוג		הדרגה	מספר זהות		שם פרטי	שם משפחה	1 פרטים על העובד/ת ועבודת/ה
			ס"ב				
המקום		היחידה			המשרד		2 פרטים על המקצוע (בצירוף תעודות)
<input type="checkbox"/> תעודה מצ"ל	תאריך קבלת התואר	מקומו	המוסד שבו קיבל/ה את התואר הנוכחי		התואר האקדמי הנוכחי		
<input type="checkbox"/> תעודה מצ"ל	תאריך קבלת התואר	מקומו	המוסד שבו קיבל/ה את התואר		התואר הראשון (כשהנוכחי אינו הראשון)		
<input type="checkbox"/> תעודה מצ"ל	המקום	בחינת סיום ההתמחות	מקום ההתמחות	ס"ה חודשים נטו	עד יום	התמחות מיום	
<input type="checkbox"/> תעודה מצ"ל	תאריך תחילת החברות		שם האיגוד המקצועי בו רשום המבקש/ת כחבר/ה				

הערות:

מס'	שם המעביד	המקום	מתאריך	עד תאריך	נותן התעודה*	תאריך התעודה	לשימוש הגוף	אשר	לא אשר	3 התעסקות במקצוע אחרי קבלת התואר (לציון גם תקופת עבודה עצמית)

(* אם ממציאה העובד/ת הצהרה לציון "הצהרה")

הריני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ושלמים, ומבקש/ת על סמך הנתונים האלה והתעודות המצ"ל לאשר את הוותק המקצועי שלי בהתאם לוראות התקשי"ר.

תאריך

חתימת העובד/ת

פרטי המשרה ודרגתה נבדקו ונמצאו נכונים ולכן על סמך האמור לעיל, אנו מאשרים לעובד/ת:

- 1) תוספת ותק החל מיום _____ / _____ / _____
- 2) תוספת קידום ותק החל מיום _____ / _____ / _____
- 3) תוספת ותק, על סמך חו"ל, החל מיום _____ / _____ / _____
- 4) העובד/ת זכאי/ת לתשלומים המאושרים בתחולה מיום _____ / _____ / _____

הערות:

תאריך

תואר החותם/ת

חתימה

תוך חודש ימים מיום קבלת העתק האישור תהיה נציבות שירות המדינה לבטל כל החלטה שניתנה, אם היא נוגדת את הוראות התקשי"ר

לאחר מילוי חלק ב' יופצו ההעתקים כלהלן:

לנש"מ בצירוף התעודות והאישורים לעובד/ת למשרד לחשבות ליחידה



הצהרה לקביעת קצובת הבראה בהתאם לאמור בפרק 28.23 בתקשי"ר

אני _____ מס' ת.ז. _____

שם פרטי

שם משפחה

אבקש לעדכן את פירוט מקומות העבודה הקודמים (מכל סוג) בהם הועסקתי אחרי שירותי הצבאי ולצורך בדיקת ותק הבראה, להלן הפירוט:

מעסיק	אחוזי משרה	מתאריך	עד לתאריך	אושר / לא אושר לחישוב

הנני מצהיר/ה בזאת כי עבדתי בשנים המפורטות להלן במקומות העבודה כפי שרשומים מעלה

תאריך: _____ חתימה _____

סה"כ _____ מאושר מיום _____

תאריך: _____ אישור משאבי אנוש _____

התחייבות לשמירת סודיות של עובד

- אני הח"מ _____ מצהיר בזאת ומתחייב כלפי מינהל המחקר החקלאי כדלקמן:
1. החל מיום _____ אהיה מועסק במינהל המחקר.
 2. ידוע לי שאני מועסק במוסד מחקר אשר מפתח ידע חדש וקניין רוחני. ידע זה ותוצריו הינם נכסים בבעלות מדינת ישראל.
 3. ידוע לי שבמסגרת עבודתי אני עשוי להיחשף לחומרים סודיים הן של המינהל והן של צדדים שלישיים אשר המינהל מתקשר עימם.
 4. אני מתחייב כי אשמור על סודיות מוחלטת ביחס לכל ידע של המינהל ושל כל צד ג' המצוי בקשר עם המינהל ושהגיעו לידיעתי עקב העסקתי במינהל.
 5. התחייבותי האמורה תחול משך תקופת עבודתי במינהל ולאחריה ללא הגבלת זמן.
 6. התחייבותי זו לא תחול בכל אחת מהנסיבות הבאות:
 - א. אותו חלק מהמידע שבמועד החתימה על כתב סודיות זה (להלן - "היום הקובע") או לפניו פורסם ו/או שהנו נחלת הכלל.
 - ב. מידע שהפך לנחלת הכלל לאחר החתימה שלא בשל הפרת התחייבות מקבל המידע לשמירת סודיות על פי הסכם זה.
 - ג. המידע בנושא היה בידיעת מקבל המידע ביום הקובע או נמסר לו על ידי צד ג' הרשאי להחזיקו כדין, ללא שום מגבלה, וניתן להוכיח זאת במסמכים בכתב.
 - ד. המידע פותח על ידי מקבל המידע באופן עצמאי לפני היום הקובע וניתן להוכיח זאת בתיעוד בכתב.
 - ה. מידע אשר חשיפתו נדרשת על פי חוק, צו או פסק דין של בית משפט מוסמך או על פי דרישת רשות מוסמכת או גוף מוסמך על פי חוק ובלבד שניתנה למינהל הודעה בכתב זמן סביר טרם הגילוי על מנת לאפשר למינהל להתנגד לגילוי האמור או להגבילו.
 7. בכל מקרה של ספק אפנה אל הלשכה המשפטית של מינהל המחקר לקבלת הכוונה וייעוץ טרם העברת ידע לגורם כלשהו.

חתימת העובד



מדינת ישראל מינהל המחקר החקלאי

ניכוי מסי ועד עובדים מהשכר

מידע

מיסי הועד מנוכים משכר העובדים מדי חודש בגובה 0.4% מסך הברוטו לפנסיה בהתאם לדירוג ומקום העבודה עבור הוועדים הבאים: מינהלי/ מח"ר/ מהנדסים/ טכנאים/ נווה-יער/ גילת/ חוקרים. לעובדים בדירוג המחקר מנוכה מס ועד חוקרים נוסף - בסך 51.10 ₪.

קריה חקלאית

דירוג מחקר- 0.4% ניכוי לוועד החוקרים+ 51.10 ₪.
שאר הדירוגים- 0.4% - 0.3% לוועד המקומי, 0.1% לוועד הארצי

מרכז מחקר נווה יער

כל הדירוגים, כולל דירוג מחקר- 0.3% לוועד המקומי, 0.1% לוועד הארצי

מרכז מחקר גילת

דירוג מחקר- 0.4% ניכוי לוועד החוקרים+ 51.10 ₪.
שאר הדירוגים- 0.3% לוועד המקומי, 0.1% לוועד הארצי.

אישור העובד/ת*

שם העובד/ת: _____ מס' זהות: _____

מכון / יחידה: _____

(עובד חדש) אני מאשר/ת לנכות משכרי תשלום מיסי ועד על פי המתואר מעלה.

(עובד חדש) אני לא מאשר/ת לנכות משכרי תשלום מיסי ועד על פי המתואר מעלה.

(עובד קיים) אבקש להפסיק לנכות משכרי מיסי ועד על פי המתואר מעלה.

תאריך: _____ חתימת העובד/ת: _____



מדינת ישראל

עמוד 1 מתוך 2

הצהרה לבקשת יום עבודה מקוצר
באופן קבוע בכל ימות השבוע
בימים מסוימים בשבוע

(בהתאם לפסקה 31.157(א)(ב) לתקשי"ר)
מלא X במשבצת המתאימה

אני הח"מ				
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מען	טלפון
		ס"ב		

מודיע/ה בזאת כי אני מבקש/ת לנצל את זכותי ליום עבודה מקוצר באופן קבוע החל מתאריך ____/____/____.

מודיע/ה בזאת כי אני מבקש/ת לנצל את זכותי ליום עבודה מקוצר בימי השבוע הבאים החל מתאריך ____/____/____.

פרטי בן/ת הזוג				
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מען	טלפון
		ס"ב		

פרטי הילדים				
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	גיל	מען
		ס"ב		
		ס"ב		
		ס"ב		

ימולא לגבי בן/ת הזוג שעובד/ת כשכיר/ה

פרטי מקום עבודה	שם	מען	טלפון

הורה לילד עד גיל שנה

בן/ת הזוג שוהה בחופשת לידה (עד 26 שבועות).

לבן/ת הזוג זכות ליום עבודה מקוצר בהתאם לתנאי העבודה הנהוגים במקום עבודתו/ה. בן/ת הזוג לא מנצל/ת את זכותו/ה המבוקשת בימי השבוע הבאים: החל מתאריך ____/____/____.

במקום עבודתו/ה של בן/ת לא נהוג יום עבודה מקוצר לאימהות/לאבות.

בן/ת הזוג לומד/ת באחת מהמסגרות הבאות: קורס להכשרה מקצועית בפיקוח ובמימון ממשלתי באולפן לעולים חדשים

בכולל יום שלם תואר ראשון/שני/שלישי (באוניברסיטה הפתוחה, תכנית תחשב כלימודים של 3 קורסים בסמסטר לפחות, המזכים בנקודות זכות לתואר).

בן/ת הזוג אינו/ה עובד/ת, אך מצויה בתקופת זכאותו/ה לזמי אבטלה כהגדרתה בחוק הביטוח הלאומי עד לתאריך ____/____/____. (יש לצרף אישור מהביטוח הלאומי).

הורה לילד מעל גיל שנה

לבן/ת הזוג זכות ליום עבודה מקוצר בהתאם לתנאי העבודה הנהוגים במקום עבודתו/ה:

בן/ת הזוג לא מנצל/ת את זכותו/ה, המבוקשת בימי השבוע הבאים החל מתאריך ____/____/____.

בן/ת הזוג לא מנצל/ת ליום עבודה מקוצר באופן קבוע החל מתאריך ____/____/____.

(נא למלא את ספח אישור המעסיק של בן/ת הזוג, שבעמוד 2 לטופס).

בן/ת הזוג לומד/ת באחת מהמסגרות הבאות: קורס להכשרה מקצועית בפיקוח ובמימון ממשלתי באולפן לעולים חדשים בכולל יום שלם תואר ראשון/שני/שלישי (באוניברסיטה הפתוחה, תכנית תחשב כלימודים של 3 קורסים בסמסטר לפחות, המזכים בנקודות זכות לתואר).

בן/ת הזוג אינו/ה עובד/ת, אך מצויה בתקופת זכאותו/ה לזמי אבטלה כהגדרתה בחוק הביטוח הלאומי עד לתאריך ____/____/____. (נא לצרף אישור מהביטוח הלאומי).

ימולא לגבי בן/ת הזוג שעובד/ת כעצמאי/ת

בן/ת הזוג עובד/ת עצמאי/ת. מספר עוסק במע"מ _____.

חתימת העובד/ת

_____/_____/_____
תאריך

אישור המעסיק של בן/ת הזוג (בן/ת הזוג עצמאי/ת ימלא את הספח לגבי עצמו והוא יהווה הצהרה על נכונות האמור בו)

הריני לאשר כי העובד/ת _____ מס' זהות _____ מועסק/ת ב _____ :

במקום עבודתו/ה לא נהוג יום עבודה מקוצר לאימהות/לאבות.

אינו/ה מנצל/ת את זכותו/ה ליום עבודה מקוצר לאימהות/לאבות בימי השבוע הבאים: _____ החל מתאריך _____.

בן/ת הזוג לומד/ת באחת מהמסגרות הבאות:

קורס להכשרה מקצועית בפקוח ובמימון ממשלתי

באולפן לעולים חדשים

בכולל יום שלם

תואר ראשון/שני/שלישי (באוניברסיטה הפתוחה, תכנית תחשב כלימודים של 3 קורסים בסמסטר לפחות, המזכים בנקודות זכות לתואר).

חתימה

שם המעסיק

_____/_____/_____
תאריך

מדף 2302 (6/21)



מדינת ישראל

בקשה לתוספת מעונות
(בהתאם לפסקה 25.611 לתקשי"ר)
מלא X במשבצת המתאימה

אני הח"מ				
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מען	טלפון
		ס"ב		

מבקש/ת לנצל את הזכות לתוספת מעונות החל מתאריך ___/___/___.

פרטי בת הזוג				
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מען	טלפון
		ס"ב		

פרטי הילדים				
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	גיל	מען
		ס"ב		
		ס"ב		

ימולא לגבי בת הזוג שעובדת כשכירה

פרטי מקום עבודה	שם	מען	טלפון

לבת הזוג זכות לתוספת מעונות בהתאם לתנאי העבודה הנהוגים במקום עבודתה, והיא לא נצלה את זכותה החל מתאריך ___/___/___ (נא לצרף את ספח אישור המעביד של בת הזוג שבתחתית הטופס).

במקום עבודתה של בת הזוג לא ניתנת תוספת מעונות (יש לצרף את ספח אישור המעביד של בת הזוג שבתחתית הטופס).

בת הזוג אינה עובדת, אך מצויה בתקופת זכאותה לדמי אבטלה כהגדרתה בחוק הביטוח הלאומי עד תאריך ___/___/___ (יש לצרף אישור מהביטוח הלאומי).

ימולא לגבי בת הזוג שעובדת כעצמאית

בת הזוג עובדת עצמאית. מספר עוסק במע"מ _____.

ידוע לי שאיני זכאי לתשלום עבור תוספת המעונות, כאשר בת הזוג תסיים את העסקתה או תצא לחופשה ללא משכורת (למעט חופשת לידה בהתאם לסעיף 33.33 לתקשי"ר, ולמעט תקופת הזכאות לדמי אבטלה עד שישה חודשים). אני מתחייב להודיע על כל שינוי למנהל יחידת משאבי אנוש.

_____ חתימת העובד

___/___/___
תאריך

אישור המעביד של בת הזוג

הריני לאשר כי העובדת _____ מס' זהות _____ מועסקת ב _____ ואינה מקבלת תשלום עבור מעונות לילד עד גיל 5 החל מתאריך ___/___/___.

_____ חתימה

_____ שם המעביד

___/___/___
תאריך