מדינת ישראל
רשות האוכלוסין וההגירה

State of Israel

**\_\_\_\_\_\_Population and Immigration Authority**

בקשה להארכת רישיון ישיבה לעובד זר סיעודי

Application for the extension of permit of residence

**פרטי העובד הזר** **Particulars of the Applicant /**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Mother’s name / שם האם** | **Father’s name / שם האב** | **Given name / השם הפרטי** | **Family name / שם המשפחה** |
|  |  |  |  |
| **מספר הדרכון הקודם****Old Passport Number** | **בתוקף עד****Valid until** | **האזרחות****Citizenship** | **מספר הדרכון הנוכחי****New Passport Number** |
|  |  |  |  |  |
| נמצא/ת בישראל**In Israel** | נמצא/ת בישראלIn Israel | **פרטים של בן/בת הזוג****husband/Particulars of wife** | **מצב משפחתי****Family Status** | **תאריך הלידה****Date of birth** | **ארץ הלידה****Country of birth** |
| * כן - Yes
* לא - No
 |  |  |  |  |  |
| **מספר הטלפון****Telephone No.** | **Address in Israel / המען בישראל** |
| **Street and house no. / הרחוב ומספר הבית** | **Town / העיר** |
|  |  |  |
| **מספר הטלפון****Telephone No.** | **Permanent address abroad / המען הקבוע בחו״ל** |
| **Street and house no. / הרחוב ומספר הבית** | **Town / העיר** |
|  |  |  |

אני מצהיר/ה שהפרטים שנמסרו לעיל נכונים ונמסרו בהכרה שהם מהווים יסוד לדיון בבקשתי. כמו כן, אני מצהיר/ה בזה שלא עברתי עבירה פלילית. לא פעלתי נגד העם היהודי ובטחון מדינת ישראל. לא חליתי במחלה העלולה לסכן את בריאות הציבור. לא קיים נגדי צו מעצר שיפוטי ואינני מבוקש/ת ע״י המשטרה של מדינה כלשהי.

I declare that the particulars contained in this application are correct and have been made in awareness of the fact that they are to serve as basis for the consideration of my application. I also declare that I have not committed any criminal offence or any act directed against the Jewish people or the security of the State of Israel and that I am not affected with any illness which might endanger the public health. There is no judicial warrant of arrest against me and I am not wanted by the police of any country.

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

המקום התאריך חתימת העובד הזר

Signature of Employee Date Place

**פרטי ואישור המעסיק**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **מסי דרכון של העובד הזר****Employee Passport Number** | **שם העובד הזר****Employee Name** | **מספר זהות של המעסיק****Employer I.D** | **שם המעסיק****Employer Name** |
|  |  |  |  |

1. מתחייב בזאת לבטח את העובד בביטוח רפואי כמתחייב בחוק ולמשך כל תקופת העסקתו.
2. מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל הנני מצהיר כי באם לא אעשה כן ולא אבטח את העובד אשא בעלויות הטיפול ככל שיידרש לעובד.
3. הריני לאשר כי הבנתי את האמור לעיל ואני מתחייב כנדרש.
4. אני מודע כי אם לא אעמוד בהתחייבות לעיל אהיה אחראי בלעדי להשלכות מעשיי הכל עפ"י הקבוע בחוקי מדינת ישראל.
5. הנני מאשר/ת להאריך לעובד/ת הנ"ל אשרת שהיה שלא בנוכחותי.

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

המקום התאריך חתימת המעסיק

Signature of Employer Date Place

**פרטי ואישור הלשכה הפרטית**

אני הח"מ מנכל הלשכה הפרטית / עובד בכיר (מיופה כח בלבד):\_ אריאל קוסוי\_\_\_\_\_

 מצהיר בזאת כי:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **מסי דרכון של העובד הזר****Employee Passport Number** | **שם העובד הזר****Employee Name** | **מספר זהות של המעסיק****Employer I.D** | **שם המעסיק****Employer Name** |
|  |  |  |  |

רשומים ומטופלים בלשכתנו ע"פ חוק. **כמו כן הנני מצהיר**:

 העובד בוטח על ידי המעסיק בבטוח רפואי כדין

 המעסיק דיווח למוסד לביטוח לאומי על תחילת העסקת העובד.

 הובא לידיעת העובד/ת בשפתו/ה ובחתימתו/ה ההסדרים הקבועים בתקנות הגאוגרפיות ומעבר בין מעסיקים (טופס חתום ומקורי נמצא בתיקו האישי בלשכתנו). הלשכה הפרטית ממליצה להאריך את אשרת העבודה של הזר לתקופה המבוקשת ע"פ חוק.

בנוסף הנני מתחייב כי הלשכה תדווח על כל שינוי הקשור להעסקת העובד (עזיבת עובד,פיטורי עובד, פטירת מעסיק וכוי) למת״ש תוך 7 ימים מיום השינוי. על החתום:

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

המקום התאריך חתימת המבקש/ת

 Signature of applicant Date Place