



תאריך: _____

לכבוד:
אגף היתרים – ענף סיעוד
אגריפס 42, בניין כ"ח, קומה 5, ירושלים
מספר פקס: 02-6294426
טלפון לבירורים: 1-700-707-147
א.ג.נ.

בקשה להקפאת (התליית) היתר להעסיק עובד זר בענף הסיעוד

פרטי בעל ההיתר:

אני הח"מ _____, ת"ז מספר _____, רחוב ומס' _____,
עיר _____, מיקוד _____, מס' טלפון: _____,
מס' טלפון נייד: _____, מודיע כלהלן:

- א. ברשותי היתר להעסיק עובד זר בסיעוד לפי סעיף 1יג לחוק עובדים זרים, תשנ"א-1991 (להלן: ההיתר), אולם בפועל, אינני מעסיק עובד זר.
- ב. אבקש לרשום הערה על הקפאת (התליית) ההיתר שברשותי.
- ג. ידוע לי כי תוספת שעות טיפול שבועיות על פי חוק הביטוח הלאומי, ניתנת רק לזכאי שהגיש בקשה להקפאת (התליית) ההיתר להעסיק עובד זר בענף הסיעוד.
- ד. ידוע לי כי כל עוד הקפאת (התליית) ההיתר בתוקף, אינני רשאי להעסיק עובד זר והנני מתחייב כי לא אעסיק עובד זר במשך תקופה זו.
- ה. ידוע לי כי גם בתקופת ההקפאה, ההיתר ימשיך לעמוד בתוקף למשך תקופתו, בכפוף לתנאיו, ואהיה רשאי לבקש לבטל את ההקפאה על ידי הגשת טופס "בקשה לביטול הקפאת (התליית) היתר להעסיק עובד זר".
- ו. הנני מסכים כי תעבירו את המידע אודות הקפאת (התליית) ההיתר למוסד לביטוח לאומי, למשרדי מנהל האוכלוסין ומדורי התשלומים.
- ז. ידוע לי כי לא אהיה זכאי להחזר אגרת בקשה בעקבות הקפאת ההיתר לפי הודעתי זו.
- ח. כן ידוע לי כי אם תוקף ההיתר יפוג במהלך תקופת ההקפאה, וארצה להאריך את תוקפו, יהא עלי להגיש בקשה להארכת תוקף ההיתר בהתאם לנהלים הרגילים, תוך תשלום אגרת בקשה כדן.
- ט. ידוע לי כי חל איסור להעסיק עובד זר בתקופת הקפאת ההיתר ואם ימצא כי העסקתי עובד זר בניגוד להודעתי הנ"ל יישקל ביטול ההיתר לאחר שימוע כדן, וזאת בנוסף לכל תרופה אחרת לפי כל דין.

תאריך _____

חתימת בעל ההיתר או קרוב משפחה מדרגה ראשונה _____