

**יומן עבודה לחודש אפריל 2024 (04/2024)**

מחלה	חג	חופש	אבל	אחר	שעות	מס' עובד: 1111452	פרטי המטפלת		פרטי הזכאית	
							3824	מספר	3419	שם
							קציר סיון	ת.זהות	12575031	זיקים
							27400613	כתובת		זיקים
							זיקים	ישב		טלפון
							זיקים	טלפון	08-6746450	
							052-3962577			

\*0034190003824440000000001\*

תכנית הטיפול	ראשון	שני	MON	שלישי	TUE	רביעי	WED	חמישי	THU	שישי	FR	שבת	SAT	סה"כ שעות שבועיות למטופל	סה"כ שעות זכאות שבועיות למטופל
תחום שעות	08:00-10:15	-	-	-	-	08:00-10:15	08:00-10:15	08:00-09:30	08:00-09:30	-	-	-	-	6.00	6.00
תחום שעות	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.00	6.00
סה"כ	2.25	-	-	-	-	-	-	1.50	1.50	-	-	-	-	6.00	6.00

המטפלת תמלא בכל יום את שעת תחילה וסיום העבודה ותחתום.

חתימת הזכאית או בן/בת	חתימת המטפלת	סה"כ שעות	שעות 2 סיום	שעות התחלה 2	שעות 1 סיום	שעות התחלה 1	היום בחודש
X	X						1 שני MON
X	X						2 שלישי TUE
X	X						3 רביעי WED
X	X						4 חמישי THU
X	X						5 שישי FRI
X	X						6 שבת SAT
X	X						7 ראשון SUN
X	X						8 שני MON
X	X						9 שלישי TUE
X	X						10 רביעי WED
X	X						11 חמישי THU
X	X						12 שישי FRI
X	X						13 שבת SAT
X	X						14 ראשון SUN
X	X						15 שני MON
X	X						16 שלישי TUE
X	X						17 רביעי WED
X	X						18 חמישי THU
X	X						19 שישי FRI
X	X						20 שבת SAT
X	X						21 ראשון SUN
X	X						22 שני MON
X	X						23 שלישי TUE
X	X						24 רביעי WED
X	X						25 חמישי THU
X	X						26 שישי FRI
X	X						27 שבת SAT
X	X						28 ראשון SUN
X	X						29 שני MON
X	X						30 שלישי TUE

ימי עבודה: \_\_\_\_\_ סה"כ שעות בחודש: \_\_\_\_\_ עובד/ת בחברה אחרת:  כן  לא

<b>אישור נותן השירותים</b> שם נותן השירותים _____ תפקיד _____ חתימה _____ תאריך _____	<b>הסיבה לאי מתן שירותים</b> 1. השירותים התחילו באמצע החודש 2. המטפל הפסיק באמצע החודש 3. פטירה 4. אשפוז 5. היעדר הזכאית/ת מהבית 6. אחר _____	<b>אישור המטפל</b> קציר סיון שם מטפל _____ חתימת המטפל _____ תאריך _____	<b>בן/בת משפחה</b> אם החותם/ת אינו הזכאית/ת עצמה שם בן/בת משפחה _____ קרבה לזכאית/ת _____	<b>הצהרת קירבת משפחה</b> <input type="checkbox"/> אין קירבת משפחה כלשהיא ביני למטופלת/ת לגבי מלאתי יומן עבודה זה. חתימה: _____ <input type="checkbox"/> הודעתי לנותן השירותים על קירבה למטופלת/ת ומלאתי הצהרה על סוג הקירבה. חתימה: _____ המטפלת מועסקת לפי הנחיות ביטוח לאומי עפ"י קירבה "מותרת" חתימת נותן השירותים
---	---	--	--	--

2

**יומן עבודה לחודש אפריל 2024 (04/2024)**

מחלה	חג	חופש	אבל	אחר	שעות

מס' עובד: 1111452

פרטי המטפלת	מספר	פרטי הזכאי/ת
3824	5365	
קציר סיון	שם	שורץ נגה
27400613	ת.זהות	1157163
זיקים,	כתובת	
זיקים	שוב	זיקים
052-3962577	טלפון	050-8548195

\*005365000382444000000001\*

תכנית הטיפול	ראשון SUN	שני MON	שלישי TUE	רביעי WED	חמישי THU	שישי FRI	שבת SAT	שעות למטפלת	שעות זכאות שבועיות
תחום שעות	16:00-20:00	16:00-20:00	16:00-20:00	16:00-20:00	16:00-20:00	16:00-20:00	06:00-12:00	-	-
תחום שעות	-	-	-	-	-	-	-	-	-
סה"כ	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	6.00	26.00	26.00

המטפלת תמלא בכל יום את שעת תחילה וסיום העבודה ותחתום.

היום בחודש	שעת התחלה 1	שעת סיום 1	שעת התחלה 2	שעת סיום 2	סה"כ שעות	חתימת המטפלת	חתימת הזכאי/ת או בן/בת
1 שני						X	
2 שלישי						X	
3 רביעי						X	
4 חמישי						X	
5 שישי						X	
6 שבת						X	
7 ראשון						X	
8 שני						X	
9 שלישי						X	
10 רביעי						X	
11 חמישי						X	
12 שישי						X	
13 שבת						X	
14 ראשון						X	
15 שני						X	
16 שלישי						X	
17 רביעי						X	
18 חמישי						X	
19 שישי						X	
20 שבת						X	
21 ראשון						X	
22 שני						X	
23 שלישי						X	
24 רביעי						X	
25 חמישי						X	
26 שישי						X	
27 שבת						X	
28 ראשון						X	
29 שני						X	
30 שלישי						X	

ימי עבודה: \_\_\_\_\_ סה"כ שעות בחודש: \_\_\_\_\_ עובד/ת בחברה אחרת:  כן  לא

<b>אישור גותן השירותים</b> שם נותן השירותים תפקיד חתימה תאריך	<b>הסיבה לאי מתן שירותים</b> 1. השירותים התחילו באמצע החודש 2. המטפל הפסיק באמצע החודש 3. פטירה 4. אשפוז 5. היעדר הזכאי/ת מהבית 6. אחר	<b>אישור המטפל</b> קציר סיון שם מטפל חתימת המטפל תאריך	<b>בן/בת משפחה</b> אם החותם/ת אינו הזכאי/ת עצמו/ה שם בן/בת משפחה קרבה לזכאי/ת	<b>הצהרת קירבת משפחה</b> <input type="checkbox"/> אין קירבת משפחה כלשהיא ביני למטופלת/ לגביו מלאתי יומן עבודה זה. חתימה: _____ <input type="checkbox"/> הודעתי לנותן השירותים על קירבה למטופלת/ ומלאתי הצהרה על סוג הקירבה. חתימה: _____ המטפלת מועסקת לפי הנחיות ביטוח לאומי עפ"י קירבה "מותרת" חתימת נותן השירותים
---	--	--	--	--

הערות נותן השירותים

\*\* בעת העדרות הזכאי/ת מביתו/ה או אישפוזו/ה בבי"ח - יש לדווח מיד למשרד.

\* אין למחוק ולתקן את רישומי המטפלת ביומן עצמו

**יומן עבודה לחודש אפריל 2024 (04/2024)**

מחלה	חג	חופש	אבל	אחר	שעות	מס' עובד: 1111452	פרטי המטפלת/ת	מספר	פרטי הזכאי/ת
							3824		5934
							קציר סיון	שם	חביוניק דגי
							27400613	ת.זהות	1358423
							זיקים	כתובת	
							זיקים	ישוב	זיקים
							052-3962577	טלפון	08-6746473

\*005934000382444000000001\*

שעות זכאות שבועיות למטופל	סה"כ שעות שבועיות למטפל	שבת SAT	שישי FR	חמישי THL	רביעי WEI	שלישי TUI	שני MON	ראשון SUN	תחום שעות	תכנית הטיפול
		-	-	11:00-15:30	-	-	-	-		
		-	-	-	-	-	-	-		
14.00	4.50			4.50					סה"כ	

המטפלת תמלא בכל יום את שעת תחילה וסיום העבודה ותחתום.

חתימת הזכאי/ת או בן/בת	חתימת המטפלת/ת	סה"כ שעות	שעת סיום 2	שעת התחלה 2	שעת סיום 1	שעת התחלה 1	היום בחודש
	X						1 שני MON
	X						2 שלישי TUE
	X						3 רביעי WED
	X						4 חמישי THU
	X						5 שישי FRI
X							6 שבת SAT
	X						7 ראשון SUN
	X						8 שני MON
	X						9 שלישי TUE
	X						10 רביעי WED
	X						11 חמישי THU
	X						12 שישי FRI
X							13 שבת SAT
	X						14 ראשון SUN
	X						15 שני MON
	X						16 שלישי TUE
	X						17 רביעי WED
	X						18 חמישי THU
	X						19 שישי FRI
X							20 שבת SAT
	X						21 ראשון SUN
	X						22 שני MON
פסח	X						23 שלישי TUE
	X						24 רביעי WED
	X						25 חמישי THU
	X						26 שישי FRI
X							27 שבת SAT
	X						28 ראשון SUN
פסח ב'	X						29 שני MON
X	X						30 שלישי TUE

ימי עבודה: \_\_\_\_\_ סה"כ שעות בחודש: \_\_\_\_\_ עובד/ת בחברה אחרת:  קן  לא

<b>אישור נותן השירותים</b> שם נותן השירותים _____ תפקיד _____ חתימה _____ תאריך _____	<b>הסיבה לאי מתן שירותים</b> 1. השירותים התחילו באמצע החודש 2. המטפל הפסיק באמצע החודש 3. פטירה 4. אשפוז 5. היעדר הזכאי/ת מהבית 6. אחר _____	<b>אישור המטפל</b> קציר סיון שם מטפל _____ חתימת המטפל _____ תאריך _____	<b>בן/בת משפחה</b> אם החותם/ת אינו הזכאי/ת עצמו/ה שם בן/בת משפחה _____ קרבה לזכאי/ת _____	<b>הצהרת קירבת משפחה</b> <input type="checkbox"/> אין קירבת משפחה כלשהיא ביני למטופלת/לגביו מלאתי יומן עבודה זה. חתימה: _____ <input type="checkbox"/> הודעתי לנותן השירותים על קרבה למטופלת/ומלאתי הצהרה על סוג הקרבה. חתימה: _____ המטפלת מועסקת לפי הנחיות ביטוח לאומי עפ"י קירבה "מותרת" חתימת נותן השירותים _____
---	--	--	--	---

**יומן עבודה לחודש אפריל 2024 (04/2024)**

שעות	מחלה	חג	חופש	אבל	אחר

מס' עובד: 1111452

פרטי המטפלת	מספר	פרטי הזכאית
3824	6024	
קציר סיון	שם	סילברמן צבי
27400613	ת.זהות	3357803
זיקים,	כתובת	זיקים 1
זיקים	ישוב	זיקים
052-3962577	טלפון	052-8741834

\*006024000382444000000001\*

תחום שעות	ראשון SUN	שני MON	שלישי TUE	רביעי WED	חמישי THU	שישי FRI	שבת SAT	סה"כ שעות שבועיות למטופל	שעות זכאות שבועיות למטופל	תכנית הטיפול
תחום שעות	12:00-15:00	12:00-15:00	12:00-15:00	12:00-15:00	-	-	-	3.00	14.00	תחום שעות
סה"כ	3.00	3.00	3.00	3.00	-	-	-	12.00	14.00	סה"כ

המטפלת תמלא בכל יום את שעת תחילה וסיום העבודה ותחתום .

חתימת הזכאית/ או בן/בת	חתימת המטפלת	סה"כ שעות	שעת סיום 2	שעת התחלה 2	שעת סיום 1	שעת התחלה 1	היום בחודש
X	X						1 שני MON
X	X						2 שלישי TUE
X	X						3 רביעי WED
X	X						4 חמישי THU
X	X						5 שישי FRI
X	X						6 שבת SAT
X	X						7 ראשון SUN
X	X						8 שני MON
X	X						9 שלישי TUE
X	X						10 רביעי WED
X	X						11 חמישי THU
X	X						12 שישי FRI
X	X						13 שבת SAT
X	X						14 ראשון SUN
X	X						15 שני MON
X	X						16 שלישי TUE
X	X						17 רביעי WED
X	X						18 חמישי THU
X	X						19 שישי FRI
X	X						20 שבת SAT
X	X						21 ראשון SUN
X	X						22 שני MON
X	X						23 שלישי TUE
X	X						24 רביעי WED
X	X						25 חמישי THU
X	X						26 שישי FRI
X	X						27 שבת SAT
X	X						28 ראשון SUN
X	X						29 שני MON
X	X						30 שלישי TUE

ימי עבודה: \_\_\_\_\_ סה"כ שעות בחודש: \_\_\_\_\_ עובד/ת בחברה אחרת: כן  לא

<b>אישור נותן השירותים</b> שם נותן השירותים _____ תפקיד _____ חתימה _____ תאריך _____	<b>הסיבה לאי מתן שירותים</b> 1. השירותים התחילו באמצע החודש 2. המטפל הפסיק באמצע החודש 3. פטירה 4. אשפוז 5. היעדר הזכאית/מהבית 6. אחר _____	<b>אישור המטפל</b> קציר סיון שם מטפל _____ חתימת המטפל _____ תאריך _____	<b>בן/בת משפחה</b> אם החותם/ת אינו הזכאית/עצמו/ה שם בן/בת משפחה _____ קרבה לזכאית _____	<b>הצהרת קירבת משפחה</b> <input type="checkbox"/> אין קירבת משפחה כלשהיא ביני למטופלת/לגביו מלאתי יומן עבודה זה. חתימה: _____ <input type="checkbox"/> הודעתי לנותן השירותים על קירבה למטופלת/ומלאתי הצהרה על סוג הקירבה. חתימה: _____ המטפלת מועסקת לפי הנחיות ביטוח לאומי עפ"י קירבה "מותרת" חתימת נותן השירותים _____
---	---	--	--	---

**יומן עבודה לחודש אפריל 2024 (04/2024)**

שעות	מחלה	חג	חופש	אבל	אחר

מס' עובד: 1111452

פרטי המטפלת	מספר	פרטי הזכאית
3824	6072	6072
קציר סיון	שם	בית תלמי מרדכי
27400613	ת.זהות	10880763
זיקים	כתובת	
זיקים	ישוב	
052-3962577	טלפון	052-3962561

\*006072000382444000000001\*

שעות זכאות שבועיות למטופל	סה"כ שעות שבועיות למטופל	שבת SAT	FR	שישי THL	חמישי WEL	רביעי TUI	שלישי	MON	שני	SUN	ראשון	תחום שעות
		-	-	-	-	08:00-11:30		08:00-11:30				תחום שעות
		-	-	-	-							סה"כ
	7.00						3.50		3.50			

המטפלת תמלא בכל יום את שעת תחילה וסיום העבודה ותחתום.

חתימת הזכאית/ או בן/בת	חתימת המטפלת	סה"כ שעות	שעות 2 סיום	שעות התחלה 2	שעות 1 סיום	שעות התחלה 1	היום בחודש
	X						1 שני MON
	X						2 שלישי TUE
	X						3 רביעי WED
	X						4 חמישי THU
	X						5 שישי FRI
X							6 שבת SAT
	X						7 ראשון SUN
	X						8 שני MON
	X						9 שלישי TUE
	X						10 רביעי WED
	X						11 חמישי THU
	X						12 שישי FRI
X							13 שבת SAT
	X						14 ראשון SUN
	X						15 שני MON
	X						16 שלישי TUE
	X						17 רביעי WED
	X						18 חמישי THU
	X						19 שישי FRI
X							20 שבת SAT
	X						21 ראשון SUN
	X						22 שני MON
פסח							23 שלישי TUE
	X						24 רביעי WED
	X						25 חמישי THU
	X						26 שישי FRI
X							27 שבת SAT
	X						28 ראשון SUN
פסח ב'							29 שני MON
X	X						30 שלישי TUE

עובד/ת בחברה אחרת:  כן  לא

סה"כ שעות בחודש: \_\_\_\_\_

ימי עבודה: \_\_\_\_\_

**אישור נותן השירותים**

שם נותן השירותים: \_\_\_\_\_

תפקיד: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

**הסיבה לאי מתן שירותים**

1. השירותים התחילו באמצע החודש

2. המטפל הפסיק באמצע החודש

3. פטירה

4. אשפוז

5. היעדר הזכאית/ת מהבית

6. אחר \_\_\_\_\_

**אישור המטפל**

קציר סיון

שם מטפל: \_\_\_\_\_

חתימת המטפל: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

**בן/בת משפחה**

אם החותם/ת אינו הזכאית/ת עצמו/ה

שם בן/בת משפחה: \_\_\_\_\_

קרבה לזכאית/ת: \_\_\_\_\_

**הצהרת קירבת משפחה**

אין קירבת משפחה כלשהיא ביני למטופלת/לגבין מלאתי יומן עבודה זה.  
חתימה: \_\_\_\_\_

הודעתי לנותן השירותים על קירבה למטופלת/ומלאתי הצהרה על סוג הקירבה.  
חתימה: \_\_\_\_\_

המטפלת מועסקת לפי הנחיות ביטוח לאומי עפ"י קירבה "מוותרת"  
חתימת נותן השרותים: \_\_\_\_\_

**יומן עבודה לחודש אפריל 2024 (04/2024)**

מחלה	חג	חופש	אבל	אחר	שעות

מס' עובד: 1111452

פרטי המטפלת	מספר	פרטי הזכאי/ת
3824	6072	6072
קציר סיון	שם	בית תלמי מרדכי
27400613	ת.ז.הות	10880763
זיקים	כתובת	
זיקים	שוב	זיקים
052-3962577	טלפון	052-3962561

\*006072000382444000000021\*

שעות זכאות שבועיות למטופל	סה"כ שעות שבועיות למטופל	שבת SAT	FR	שישי	THL	חמישי	WEL	רביעי	TUE	שלישי	MON	שני	SUN	ראשון	תחום שעות	תכנית הטיפול
		-	-	-	11:00-15:00	-	-	-	-	-	12:00-14:00	12:00-15:00	-	-	תחום שעות	
9.00	9.00				4.00						2.00	3.00			סה"כ	

המטפלת תמלא בכל יום את שעת תחילה וסיום העבודה ותחתום.

חתימת הזכאי/ת או בן/בת	חתימת המטפלת	סה"כ שעות	שעות סיום 2	שעות התחלה 2	שעות סיום 1	שעות התחלה 1	היום בחודש
	X						1 שני MON
	X						2 שלישי TUE
	X						3 רביעי WED
	X						4 חמישי THU
	X						5 שישי FRI
X							6 שבת SAT
	X						7 ראשון SUN
	X						8 שני MON
	X						9 שלישי TUE
	X						10 רביעי WED
	X						11 חמישי THU
X							12 שישי FRI
							13 שבת SAT
	X						14 ראשון SUN
	X						15 שני MON
	X						16 שלישי TUE
	X						17 רביעי WED
	X						18 חמישי THU
X							19 שישי FRI
							20 שבת SAT
	X						21 ראשון SUN
	X						22 שני MON
פסח	X						23 שלישי TUE
	X						24 רביעי WED
	X						25 חמישי THU
X							26 שישי FRI
							27 שבת SAT
	X						28 ראשון SUN
פסח ב'	X						29 שני MON
X							30 שלישי TUE

ימי עבודה: \_\_\_\_\_ סה"כ שעות בחודש: \_\_\_\_\_ עובד/ת בחברה אחרת: כן  לא

<b>אישור נותן השירותים</b> שם נותן השירותים _____ תפקיד _____ חתימה _____ תאריך _____	<b>הסיבה לאי מתן שירותים</b> 1. השירותים התחילו באמצע החודש 2. המטפל הפסיק באמצע החודש 3. פטירה 4. אשפוז 5. היעדר הזכאי/ת מהבית 6. אחר _____	<b>אישור המטפל</b> קציר סיון שם מטפל _____ חתימת המטפל _____ תאריך _____	<b>בן/בת משפחה</b> אם החותם/ת אינו הזכאי/ת עצמו/ה שם בן/בת משפחה _____ קרבה לזכאי/ת _____	<b>הצהרת קירבת משפחה</b> <input type="checkbox"/> אין קירבת משפחה כלשהיא ביני למטופלת/ לגבין מלאתי יומן עבודה זה. חתימה: _____ <input type="checkbox"/> הודעתי לנותן השירותים על קירבה למטופלת/ ומלאתי הצהרה על סוג הקירבה. חתימה: _____ המטפלת מועסקת לפי הנחיות ביטוח לאומי עפ"י קירבה "מוותרת" חתימת נותן השירותים _____
---	--	--	--	---

**יומן עבודה לחודש אפריל 2024 (04/2024)**

מחלה	חג	חופש	אבל	אחר	שעות

מס' עובד: 1111462  
 PACADA MERITES

פרטי המטפלת	3860
(עובד זר)	
פאקדה מאריטס	
P5455866B (מס' דרכון)	
זיקים	
053-8296128	

מספר שם	
תזתות	
כתובת	
ישוב	
טלפון	

פרטי הזכאית	3401
נאור מרדכי זאב	
50016773	
זיקים	
08-6746427	

\*003401000386044000000001\*

תחום שעות	ראשון SUN	שני MON	שלישי TUE	רביעי WED	חמישי THU	שישי FRI	שבת SAT	סה"כ שעות שבועיות למטפלת	סה"כ שעות שבועיות לזכאית
תחום שעות	08:00-11:00	08:00-11:00	08:00-12:00	08:00-12:00	08:00-12:00	08:00-12:00	-	4.00	4.00
תחום שעות	-	-	-	-	-	-	-	4.00	22.00
סה"כ	3.00	3.00	4.00	4.00	4.00	4.00	-	22.00	22.00

המטפלת תמלא בכל יום את שעת תחילה וסיום העבודה ותחתום.

היום בחודש	שעת התחלה 1	שעת סיום 1	שעת התחלה 2	שעת סיום 2	סה"כ שעות	חתימת המטפלת	חתימת הזכאית/ או בן/בת
1 שני MON						X	
2 שלישי TUE						X	
3 רביעי WED						X	
4 חמישי THU						X	
5 שישי FRI						X	
6 שבת SAT							X
7 ראשון SUN							X
8 שני MON						X	
9 שלישי TUE						X	
10 רביעי WED						X	
11 חמישי THU						X	
12 שישי FRI						X	
13 שבת SAT							X
14 ראשון SUN						X	
15 שני MON						X	
16 שלישי TUE						X	
17 רביעי WED						X	
18 חמישי THU						X	
19 שישי FRI						X	
20 שבת SAT							X
21 ראשון SUN						X	
22 שני MON						X	
23 שלישי TUE						X	
24 רביעי WED						X	
25 חמישי THU						X	
26 שישי FRI						X	
27 שבת SAT							X
28 ראשון SUN						X	
29 שני MON						X	
30 שלישי TUE						X	

עובד/ת בחברה אחרת:  כן  לא

ימי עבודה: \_\_\_\_\_ סה"כ שעות בחודש: \_\_\_\_\_

אישור נותן השירותים
שם נותן השירותים
תפקיד
חתימה
תאריך

הסיבה לאי מתן שירותים
1. השירותים התחילו באמצע החודש
2. המטפלת הפסיק באמצע החודש
3. פטירה
4. אשפוז
5. העדר הזכאית מהבית
6. אחר

אישור המטפלת
PACADA MERITES
שם מטפלת
חתימת המטפלת
תאריך

בן/בת משפחה
אם החותם/ת אינו הזכאית/עצמה
שם בן/בת משפחה
קרבה לזכאית

הצהרת קירבת משפחה
<input type="checkbox"/> אין קירבת משפחה כלשהיא ביני למטפלת/לגבוי מלאתי יומן עבודה זה. חתימה: _____
<input type="checkbox"/> הודעתי לנותן השירותים על קירבה למטפלת/ומלאתי הצהרה על סוג הקירבה. חתימה: _____
המטפלת מועסקת לפי הנחיות ביטוח לאומי עפ"י קירבה "מוותרת" חתימת נותן השירותים

1

**יומן עבודה לחודש אפריל 2024 (04/2024)**

מחלה	חג	חופש	אבל	אחר

מס' עובד: 1112004

פרטי המטפלת	מספר	פרטי הזכאית
5617	5753	5753
נאור ראובן	שם	נאור אורה
5081898	ת.זהות	3643467
זיקים, 1/1	כתובת	
זיקים	ישוב	זיקים
052-3407583	טלפון	08-0000000

\*005753000561744000000001\*

שעות זמירות	שעות זמירות למטפלת	שבת SAT	FR	THL	חמישי	רביעי WED	TUJ	שלישי	MON	שני	SUN	ראשון	תחום שעות	תכנית הטיפול
		-	-	-	-	08:00-10:30	-	-	-	-	08:00-11:00	-	תחום שעות	תחום שעות
5.50	5.50					2.50					3.00		סה"כ	

המטפלת תמלא בכל יום את שעת תחילה וסיום העבודה ותחתום.

חתימת הזכאית/ או בן/בת	חתימת המטפלת	סה"כ שעות	שעות סיום 2	שעות התחלה 2	שעות סיום 1	שעות התחלה 1	היום בחודש
	X						1 שני MON
	X						2 שלישי TUE
	X						3 רביעי WED
	X						4 חמישי THU
	X						5 שישי FRI
X							6 שבת SAT
	X						7 ראשון SUN
	X						8 שני MON
	X						9 שלישי TUE
	X						10 רביעי WED
	X						11 חמישי THU
X							12 שישי FRI
	X						13 שבת SAT
	X						14 ראשון SUN
	X						15 שני MON
	X						16 שלישי TUE
	X						17 רביעי WED
	X						18 חמישי THU
X							19 שישי FRI
	X						20 שבת SAT
	X						21 ראשון SUN
	X						22 שני MON
פסח	X						23 שלישי TUE
	X						24 רביעי WED
	X						25 חמישי THU
X							26 שישי FRI
	X						27 שבת SAT
	X						28 ראשון SUN
פסח ב'	X						29 שני MON
X							30 שלישי TUE

עובד/ת בחברה אחרת:  לא  כן

סה"כ שעות בחודש: \_\_\_\_\_

ימי עבודה: \_\_\_\_\_

**אישור נותן השירותים**

שם נותן השירותים: \_\_\_\_\_

תפקיד: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

**הסיבה לאי מתן שירותים**

1. השירותים התחילו באמצע החודש

2. המטפל הפסיק באמצע החודש

3. פטירה

4. אשפוז

5. היעדר הזכאית מהבית

6. אחר \_\_\_\_\_

**אישור המטפל**

נאור ראובן

שם מטפל: \_\_\_\_\_

חתימת המטפל: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

**בן/בת משפחה**

אם החותם/ת אינו הזכאית/עצמה

שם בן/בת משפחה: \_\_\_\_\_

קרבה לזכאית: \_\_\_\_\_

**הצהרת קירבת משפחה**

אין קירבת משפחה כלשהיא ביני למטפלת/ לגבי מלאתי יומן עבודה זה.

חתימה: \_\_\_\_\_

הודעתי לנותן השירותים על קירבה למטפלת/ ומלאתי הצהרה על סוג הקירבה.

חתימה: \_\_\_\_\_

המטפלת מועסקת לפי הנחיות ביטוח לאומי עפ"י קירבה "מותרת"

חתימת נותן השירותים: \_\_\_\_\_

1

**יומן עבודה לחודש אפריל 2024 (04/2024)**

מחלה	חג	חופש	אבל	אחר	שעות	מס' עבד: 1111592 LUZVIMINDA ANGOR	פרטי המטפלת	מספר	פרטי הזכאית
								4253 (עובד זר)	5644
							להזמינה אנגור	מזר אורי	
							P5401048B (מס' דרכון)	9457722	
							זיקים	זיקים	
							055-9480998	08-6746465	

\*005644000425344000000001\*

תחום שעות	תחום שעות	ה"כ	ראשון SUN	שני MON	שלישי TUE	רביעי WED	חמישי THU	שישי FRI	שבת SAT	סה"כ שעות שבועיות למטפל	שעות זכאות שבועיות למטפל	תכנית הטיפול
08:00-12:00	08:00-12:00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	3.00	3.00	-	22.00	22.00	תחום שעות
												תחום שעות
												סה"כ

המטפלת תמלא בכל יום את שעת תחילה וסיום העבודה ותחתום.

היום בחודש	שעה	שעה	שעה	שעה	סה"כ שעות	חתימת המטפלת	חתימת הזכאית או בן/בת
1 שני	08:00-12:00					X	
2 שלישי	08:00-12:00					X	
3 רביעי	08:00-12:00					X	
4 חמישי	08:00-12:00					X	
5 שישי	08:00-12:00					X	
6 שבת							X
7 ראשון	08:00-12:00					X	
8 שני	08:00-12:00					X	
9 שלישי	08:00-12:00					X	
10 רביעי	08:00-12:00					X	
11 חמישי	08:00-12:00					X	
12 שישי	08:00-12:00					X	
13 שבת							X
14 ראשון	08:00-12:00					X	
15 שני	08:00-12:00					X	
16 שלישי	08:00-12:00					X	
17 רביעי	08:00-12:00					X	
18 חמישי	08:00-12:00					X	
19 שישי	08:00-12:00					X	
20 שבת							X
21 ראשון	08:00-12:00					X	
22 שני	08:00-12:00					X	
23 שלישי	08:00-12:00					X	
24 רביעי	08:00-12:00					X	
25 חמישי	08:00-12:00					X	
26 שישי	08:00-12:00					X	
27 שבת							X
28 ראשון	08:00-12:00					X	
29 שני	08:00-12:00					X	
30 שלישי	08:00-12:00					X	

ק  לא

עובד/ת בחברה אחרת:

סה"כ שעות בחודש:

ימי עבודה:

<b>אישור נותן השירותים</b> שם נותן השירותים _____ תפקיד _____ חתימה _____ תאריך _____	<b>הסיבה לאי מתן שירותים</b> 1. השירותים התחילו באמצע החודש 2. המטפל הפסיק באמצע החודש 3. פטירה 4. אשפוז 5. היעדר הזכאית מהבית 6. אחר _____	<b>אישור המטפל</b> LUZVIMINDA ANGOR שם מטפל _____ חתימת המטפל _____ תאריך _____	<b>בן/בת משפחה</b> אם החתמת/ת אינו הזכאית/ת עצמאית שם בן/בת משפחה _____ קרבה לזכאית/ת _____	<b>הצהרת קירבת משפחה</b> <input type="checkbox"/> אין קירבת משפחה כלשהיא ביני למטפלת/ת לגבי מלאתי יומן עבודה זה. חתימה: _____ <input type="checkbox"/> הודעתי לנותן השירותים על קירבה למטפלת/ת ומלאתי הצהרה על סוג הקירבה. חתימה: _____ המטפלת מועסקת לפי הנחיות ביטוח לאומי עפ"י קירבה "מוותרת" חתימת נותן השירותים _____
---	---	---	--	--

הערות נותן השירותים

\*\* בעת העדרות הזכאית/ת מבתו/ה או אישפוז/ה בבי"ח - יש לדווח מיד למשרד.

\* אין למחוק ולתקן את רישומי המטפלת ביומן עצמו

**יומן עבודה לחודש אפריל 2024 (04/2024)**

מחלה	חג	חופש	אבל	אחר	שעות	מס' עובד: 1110637	פרטי המטפלת	מספר שם תזהות כתובת ישוב טלפון	פרטי הזכאית
							963 ונגרובסקי מיכל 5777237 זיקים זיקים 052-3928363		274 בית תלמי מרים 64188618 זיקים 08-6746477

\*000274000096344000000001\*

תכנית הטיפול	ראשון	שני	MON	שלישי	TUE	רביעי	WED	חמישי	THU	שישי	FR	שבת	SAT	סה"כ שעות שבועיות למטפלת	שעות זכאות שבועיות למטפלת
תחום שעות	-	-	-	16:00-19:00	16:00-20:00	-	-	-	-	07:00-12:00	-	-	-		
תחום שעות	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
סה"כ				3.00	4.00					5.00				12.00	12.00

המטפלת תמלא בכל יום את שעת תחילה וסיום העבודה ותחתום.

היום בחודש	שעת התחלה 1	שעת סיום 1	שעת התחלה 2	שעת סיום 2	סה"כ שעות	חתימת המטפלת	חתימת הזכאית או בן/בת
1 שני	MON					X	
2 שלישי	TUE					X	
3 רביעי	WED					X	
4 חמישי	THU					X	
5 שישי	FRI					X	
6 שבת	SAT						X
7 ראשון	SUN					X	
8 שני	MON					X	
9 שלישי	TUE					X	
10 רביעי	WED					X	
11 חמישי	THU					X	
12 שישי	FRI					X	
13 שבת	SAT						X
14 ראשון	SUN					X	
15 שני	MON					X	
16 שלישי	TUE					X	
17 רביעי	WED					X	
18 חמישי	THU					X	
19 שישי	FRI					X	
20 שבת	SAT						X
21 ראשון	SUN					X	
22 שני	MON					X	
23 שלישי	TUE					X	פסח
24 רביעי	WED					X	
25 חמישי	THU					X	
26 שישי	FRI					X	
27 שבת	SAT						X
28 ראשון	SUN					X	
29 שני	MON					X	פסח ב'
30 שלישי	TUE					X	

ימי עבודה: \_\_\_\_\_ סה"כ שעות בחודש: \_\_\_\_\_ עובד/ת בחברה אחרת: כן  לא

<b>אישור נותן השירותים</b> שם נותן השירותים _____ תפקיד _____ חתימה _____ תאריך _____	<b>הסיבה לאי מתן שירותים</b> 1. השירותים התחילו באמצע החודש 2. המטפלת הפסיק באמצע החודש 3. פטירה 4. אשפוז 5. היעדר הזכאית מהבית 6. אחר _____	<b>אישור המטפלת</b> ונגרובסקי מיכל שם מטפלת _____ חתימת המטפלת _____ תאריך _____	<b>בן/בת משפחה</b> אם החותם/ת אינו הזכאית/עצמה שם בן/בת משפחה _____ קרבה לזכאית/ת _____	<b>הצהרת קירבת משפחה</b> <input type="checkbox"/> אין קירבת משפחה כלשהיא ביני למטופלת/ת לגבינו מלאת יומן עבודה זה. חתימה: _____ <input type="checkbox"/> הודעתי לנותן השירותים על קירבה למטופלת/ת ומלאתי הצהרה על סוג הקירבה. חתימה: _____ המטפלת מועסקת לפי הנחיות ביטוח לאומי עפ"י קירבה "מותרת" חתימת נותן השירותים _____
---	--	--	--	--

**יומן עבודה לחודש אפריל 2024 (04/2024)**

שעות	מחלה	חג	חופש	אבל	אחר

מס' עובד: 1110637

פרטי המטפלת
963
ונגרובסקי מיכל
57777237
זיקים,
זיקים
052-3928363
טלפון

פרטי הזכאית
274
בית תלמי מרים
64188618
זיקים
08-6746477
טלפון

\*000274000096344000000021\*

תכנית הטיפול	ראשון SUN	שני MON	שלישי TUE	רביעי WED	חמישי THU	שישי FRI	שבת SAT	סה"כ שעות שבועיות למטפלת	סה"כ שעות שבועיות לזכאית
תחום שעות	16:00-20:00	16:00-20:00	-	-	-	-	-	9.00	9.00
תחום שעות	-	-	-	-	-	-	-	9.00	9.00
סה"כ	5.00	4.00	-	-	-	-	-	9.00	9.00

המטפלת תמלא בכל יום את שעת תחילה וסיום העבודה ותחתום.

חתימת הזכאית/ או בן/בת	חתימת המטפלת	סה"כ שעות	שעות סיום 2	שעת התחלה 2	שעות סיום 1	שעת התחלה 1	היום בחודש
X	X						1 שני MON
X	X						2 שלישי TUE
X	X						3 רביעי WED
X	X						4 חמישי THU
X	X						5 שישי FRI
X	X						6 שבת SAT
X	X						7 ראשון SUN
X	X						8 שני MON
X	X						9 שלישי TUE
X	X						10 רביעי WED
X	X						11 חמישי THU
X	X						12 שישי FRI
X	X						13 שבת SAT
X	X						14 ראשון SUN
X	X						15 שני MON
X	X						16 שלישי TUE
X	X						17 רביעי WED
X	X						18 חמישי THU
X	X						19 שישי FRI
X	X						20 שבת SAT
X	X						21 ראשון SUN
X	X						22 שני MON
X	X						23 שלישי TUE
X	X						24 רביעי WED
X	X						25 חמישי THU
X	X						26 שישי FRI
X	X						27 שבת SAT
X	X						28 ראשון SUN
X	X						29 שני MON
X	X						30 שלישי TUE

ימי עבודה: \_\_\_\_\_ סה"כ שעות בחודש: \_\_\_\_\_ עובדת בחברה אחרת:  כן  לא

אישור נותן השירותים
שם נותן השירותים
תפקיד
חתימה
תאריך

הסיבה לאי מתן שירותים
1. השירותים התחילו באמצע החודש
2. המטפלת הפסיק באמצע החודש
3. פטירה
4. אשפוז
5. היעדר הזכאית מהבית
6. אחר

אישור המטפלת
ונגרובסקי מיכל
שם מטפלת
חתימת המטפלת
תאריך

בן/בת משפחה
אם החותם/ת אינו הזכאית/עצמה
שם בן/בת משפחה
קרבה לזכאית

הצהרת קירבת משפחה
<input type="checkbox"/> אין קירבת משפחה כלשהיא ביני למטפלת/ לגביו מלאתי יומן עבודה זה. חתימה: _____
<input type="checkbox"/> הודעתי לנותן השירותים על קירבה למטפלת/ ומלאתי הצהרה על סוג הקירבה. חתימה: _____
המטפלת מועסקת לפי הנחיות ביטוח לאומי עפ"י קירבה "מוותרת" חתימת נותן השירותים

3

**יומן עבודה לחודש אפריל 2024 (04/2024)**

שעות	מחלה	חג	חופש	אבל	אחר

מס' עובד: 1110637

פרטי המטפלת	מספר	פרטי הזכאית
963	5127	
ונגרבסקי מיכל	שם	גורן אסתר
5777237	ת.זהות	7385719
זיקים	כתובת	
זיקים	ישוב	זיקים
052-3928363	טלפון	08-6746464

\*005127000096344000000001\*

תכנית הטיפול	ראשון SUN	שני MON	שלישי TUE	רביעי WED	חמישי THU	שישי FRI	שבת SAT	שעות מטפלת	שעות זכאית
תחום שעות	13:00-15:30	13:00-15:00	13:00-15:00	13:00-15:00	13:00-15:30	-	-	-	-
תחום שעות	-	-	-	-	-	-	-	-	-
סה"כ	2.50	2.00	2.00	2.00	2.50	-	-	11.00	11.00

המטפלת תמלא בכל יום את שעת תחילה וסיום העבודה ותחתום.

חתימת הזכאית/ או בן/בת	חתימת המטפלת	סה"כ שעות	שעות 2 סיום	שעות 2 התחלה	שעות 1 סיום	שעות 1 התחלה	היום בחודש
X	X						1 שני MON
X	X						2 שלישי TUE
X	X						3 רביעי WED
X	X						4 חמישי THU
X	X						5 שישי FRI
X	X						6 שבת SAT
X	X						7 ראשון SUN
X	X						8 שני MON
X	X						9 שלישי TUE
X	X						10 רביעי WED
X	X						11 חמישי THU
X	X						12 שישי FRI
X	X						13 שבת SAT
X	X						14 ראשון SUN
X	X						15 שני MON
X	X						16 שלישי TUE
X	X						17 רביעי WED
X	X						18 חמישי THU
X	X						19 שישי FRI
X	X						20 שבת SAT
X	X						21 ראשון SUN
X	X						22 שני MON
X	X						23 שלישי TUE
X	X						24 רביעי WED
X	X						25 חמישי THU
X	X						26 שישי FRI
X	X						27 שבת SAT
X	X						28 ראשון SUN
X	X						29 שני MON
X	X						30 שלישי TUE

ימי עבודה: \_\_\_\_\_ סה"כ שעות בחודש: \_\_\_\_\_ עובד/ת בחברה אחרת:  כן  לא

<b>אישור נותן השירותים</b> שם נותן השירותים _____ תפקיד _____ חתימה _____ תאריך _____	<b>הסיבה לאי מתן שירותים</b> 1. השירותים התחילו באמצע החודש 2. המטפלת הפסיק באמצע החודש 3. פטירה 4. אשפוז 5. היעדר הזכאית מהבית 6. אחר _____	<b>אישור המטפלת</b> ונגרבסקי מיכל שם מטפלת _____ חתימת המטפלת _____ תאריך _____	<b>בן/בת משפחה</b> אם החותם/ת אינו הזכאית/עצמו/ה שם בן/בת משפחה _____ קרבה לזכאית/ת _____	<b>הצהרת קירבת משפחה</b> <input type="checkbox"/> אין קירבת משפחה כלשהיא ביני למטפלת/ לגביו מלאתי יומן עבודה זה. חתימה: _____ <input type="checkbox"/> הודעתי לנותן השירותים על קירבה למטפלת/ ומלאתי הצהרה על סוג הקירבה. חתימה: _____ המטפלת מועסקת לפי הנחיות ביטוח לאומי עפ"י קירבה "מותרת" חתימת נותן השירותים
---	--	---	--	---

**יומן עבודה לחודש אפריל 2024 (04/2024)**

שעות	מחלה	חג	חופש	אבל	אחר

מס' עובד: 1110637

פרטי המטפלת		פרטי הזכאית	
מספר	963	מספר	5934
שם	ונגרבסקי מיכל	חביוניק דגי	
ת.זהות	57777237	ת.זהות	1358423
כתובת	זיקים	כתובת	
שוב	זיקים	שוב	זיקים
טלפון	052-3928363	טלפון	08-6746473

\*005934000096344000000001\*

תחום שעות	ראשון SUN	שני MON	שלישי TUE	רביעי WED	חמישי THU	שישי FRI	שבת SAT	סה"כ שעות שבועיות למטפלת	סה"כ שעות שבועיות לזכאית	תכנית הטיפול
תחום שעות	11:00-12:30	08:00-10:00	15:30-18:30	-	16:00-20:00	-	-	-	-	תחום שעות
סה"כ	1.50	2.00	3.00	-	4.00	-	-	10.50	14.00	סה"כ

המטפלת תמלא בכל יום את שעת תחילה וסיום העבודה ותחתום.

חתימת הזכאית/ או בן/בת	חתימת המטפלת	סה"כ שעות	שעות סיום 2	שעות התחלה 2	שעות סיום 1	שעות התחלה 1	היום בחודש
X	X						1 שני MON
X	X						2 שלישי TUE
X	X						3 רביעי WED
X	X						4 * חמישי THU
X	X						5 שישי FRI
X	X						6 שבת SAT
X	X						7 ראשון SUN
X	X						8 שני MON
X	X						9 שלישי TUE
X	X						10 רביעי WED
X	X						11 חמישי THU
X	X						12 שישי FRI
X	X						13 שבת SAT
X	X						14 ראשון SUN
X	X						15 שני MON
X	X						16 שלישי TUE
X	X						17 רביעי WED
X	X						18 חמישי THU
X	X						19 שישי FRI
X	X						20 שבת SAT
X	X						21 ראשון SUN
X	X						22 שני MON
X	X						23 שלישי TUE
X	X						24 רביעי WED
X	X						25 חמישי THU
X	X						26 שישי FRI
X	X						27 שבת SAT
X	X						28 ראשון SUN
X	X						29 שני MON
X	X						30 שלישי TUE

ימי עבודה: \_\_\_\_\_ סה"כ שעות בחודש: \_\_\_\_\_ עובד/ת בחברה אחרת: כן  לא

<b>אישור נותן השירותים</b> שם נותן השירותים _____ תפקיד _____ חתימה _____ תאריך _____	<b>הסיבה לאי מתן שירותים</b> 1. השירותים התחילו באמצע החודש 2. המטפלת הפסיק באמצע החודש 3. פטירה 4. אשפוז 5. היעדר הזכאית מהבית 6. אחר _____	<b>אישור המטפלת</b> ונגרבסקי מיכל שם מטפלת _____ חתימת המטפלת _____ תאריך _____	<b>בן/בת משפחה</b> אם החותם/ת אינו הזכאית/ת עצמו/ה שם בן/בת משפחה _____ קרבה לזכאית/ת _____	<b>הצהרת קירבת משפחה</b> <input type="checkbox"/> אין קירבת משפחה כלשהיא ביני למטפולת/ לגבוי מלאתי יומן עבודה זה. חתימה: _____ <input type="checkbox"/> הודעתי לנותן השירותים על קירבה למטפולת/ ומלאתי הצהרה על סוג הקירבה. חתימה: _____ המטפלת מועסקת לפי הנחיות ביטוח לאומי עפ"י קירבה "מתרת" חתימת נותן השירותים
---	--	---	--	--

5

**יומן עבודה לחודש אפריל 2024 (04/2024)**

שעות	מחלה	חג	חופש	אבל	אחר

מס' עובד: 1110637

פרטי המטפלת	מספר	פרטי הזכאי/ת
963	6024	
ונגרובסקי מיכל	שם	סילברמן צבי
57777237	ת.זהות	3357803
זיקים,	כתובת	זיקים 1
זיקים	שוב	זיקים
052-3928363	טלפון	052-8741834

\*006024000096344000000001\*

תכנית הטיפול	ראשון SUN	שני MON	שלישי TUE	רביעי WED	חמישי THU	שישי FRI	שבת SAT	סה"כ שעות שבועיות למטפלת	שעות זכאות שבועיות למטופל
תחום שעות	-	-	-	-	-	-	-		
תחום שעות	-	-	-	-	-	-	-		
סה"כ								4.00	14.00

המטפלת תמלא בכל יום את שעת תחילה וסיום העבודה ותחתום .

היום בחודש	שעת התחלה 1	שעת סיום 1	שעת התחלה 2	שעת סיום 2	סה"כ שעות	חתימת המטפלת	חתימת הזכאי/ת או בן/בת
1 * שני MON						X	
2 שלישי TUE						X	
3 רביעי WED						X	
4 חמישי THU						X	
5 * שישי FRI						X	
6 שבת SAT							X
7 ראשון SUN						X	
8 שני MON						X	
9 שלישי TUE						X	
10 רביעי WED						X	
11 חמישי THU						X	
12 שישי FRI						X	
13 שבת SAT							X
14 ראשון SUN						X	
15 שני MON						X	
16 שלישי TUE						X	
17 רביעי WED						X	
18 חמישי THU						X	
19 שישי FRI						X	
20 שבת SAT							X
21 ראשון SUN						X	
22 שני MON						X	
23 שלישי TUE						X	פס
24 רביעי WED						X	
25 חמישי THU						X	
26 שישי FRI						X	
27 שבת SAT							X
28 ראשון SUN						X	פס ב'
29 שני MON						X	
30 שלישי TUE						X	

ימי עבודה: \_\_\_\_\_ סה"כ שעות בחודש: \_\_\_\_\_ עובד/ת בחברה אחרת: כן  לא

<b>אישור נותן השירותים</b> שם נותן השירותים _____ תפקיד _____ חתימה _____ תאריך _____	<b>הסיבה לאי מתן שירותים</b> 1. השירותים התחילו באמצע החודש 2. המטפלת הפסיק באמצע החודש 3. פטירה 4. אשפוז 5. היעדר הזכאי/ת מהבית 6. אחר _____	<b>אישור המטפלת</b> ונגרובסקי מיכל שם מטפלת _____ חתימת המטפלת _____ תאריך _____	<b>בן/בת משפחה</b> אם החותם/ת אינו הזכאי/ת עצמו/ה שם בן/בת משפחה _____ קרבה לזכאי/ת _____	<b>הצהרת קירבת משפחה</b> <input type="checkbox"/> אין קירבת משפחה כלשהיא ביני למטופל/ת לגביו מלאתי יומן עבודה זה. חתימה: _____ <input type="checkbox"/> הודעתי לנותן השירותים על קירבה למטופל/ת ומלאתי הצהרה על סוג הקירבה. חתימה: _____ המטפלת מועסקת לפי הנחיות ביטוח לאומי עפ"י קירבה "מותרת" חתימת נותן השירותים
---	---	--	--	---

הערות נותן השירותים

\*\* בעת העדרות הזכאי/ת מביתו/ה או אישפוזו/ה בבי"ח - יש לדווח מיד למשרד.

\* אין למחוק ולתקן את רישומי המטפלת ביומן עצמו

**יומן עבודה לחודש אפריל 2024 (04/2024)**

מחלה	חג	חופש	אבל	אחר

מס' עובד: 1111748  
 BABAYLO NADINE

פרטי המטפלת	מספר	פרטי הזכאי/ת
4762 (עובד זר)		3418
באבילו נאדין	שם	אצילי אברהם
P7430217B (מס' דרכון)	ת.זהות	1249994
זיקים	ישוב	זיקים
055-9411586	טלפון	08-6746461

\*003418000476244000000001\*

תכנית הטיפול	ראשון SUN	שני MON	שלישי TUI	רביעי WED	חמישי THU	שישי FRI	שבת SAT	סה"כ שעות למטפלת שבועיות	סה"כ שעות למטפלת שבועיות למטופל
תחום שעות	08:00-12:00	08:00-12:00	08:00-12:00	08:00-12:00	08:00-12:00	08:00-10:00	-		
תחום שעות	-	-	-	-	-	-	-		
סה"כ	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	2.00	-	22.00	22.00

המטפלת תמלא בכל יום את שעת תחילה וסיום העבודה ותחתום.

היום בחודש	שעת התחלה 1	שעת סיום 1	שעת התחלה 2	שעת סיום 2	סה"כ שעות	חתימת המטפלת	חתימת הזכאי/ת או בן/בת
1 שני						X	
2 שלישי						X	
3 רביעי						X	
4 חמישי						X	
5 שישי						X	
6 שבת						X	
7 ראשון							
8 שני						X	
9 שלישי						X	
10 רביעי						X	
11 חמישי						X	
12 שישי						X	
13 שבת							
14 ראשון						X	
15 שני						X	
16 שלישי						X	
17 רביעי						X	
18 חמישי						X	
19 שישי						X	
20 שבת							
21 ראשון						X	
22 שני						X	
23 שלישי						X	
24 רביעי						X	
25 חמישי						X	
26 שישי						X	
27 שבת							
28 ראשון						X	
29 שני						X	
30 שלישי						X	

ימי עבודה: \_\_\_\_\_ סה"כ שעות בחודש: \_\_\_\_\_ עובד/ת בחברה אחרת:  כן  לא

<b>אישור נותן השירותים</b> שם נותן השירותים _____ תפקיד _____ חתימה _____ תאריך _____	<b>הסיבה לאי מתן שירותים</b> 1. השירותים התחילו באמצע החודש 2. המטפלת הפסיק באמצע החודש 3. פטירה 4. אשפוז 5. היעדר הזכאי/ת מהבית 6. אחר _____	<b>אישור המטפלת</b> BABAYLO NADINE שם מטפלת _____ חתימת המטפלת _____ תאריך _____	<b>בן/בת משפחה</b> אם החותם/ת אינו הזכאי/ת עצמו/ה שם בן/בת משפחה _____ קרבה לזכאי/ת _____	<b>הצהרת קירבת משפחה</b> <input type="checkbox"/> אין קירבת משפחה כלשהיא ביני למטופל/ת לגבי מלאתי יומן עבודה זה. חתימה: _____ <input type="checkbox"/> הודעתי לנותן השירותים על קירבה למטופל/ת ומלאתי הצהרה על סוג הקירבה. חתימה: _____ המטפלת מועסקת לפי הנחיות ביטוח לאומי עפ"י קירבה "מותרת" חתימת נותן השרותים _____
---	---	--	--	---

**יומן עבודה לחודש אפריל 2024 (04/2024)**

מחלה	חג	חופש	אבל	אחר

מס' עובד: 1200402  
 AGUIRRE ANGENICA

פרטי המטפלת	2479 (עובד זר)
מספר	אגואיר אנג'ניקה
שם	P5883251B (מס' דרכון)
ת.ז.הות	
כתובת	
זיקים	
טלפון	054-8847342

פרטי הזכאית	2075
מספר	קפלן דן דרק
שם	64298565
ת.ז.הות	
כתובת	
זיקים	
טלפון	08-6746431

\*002075000247944000000001\*

תכנית הטיפול	ראשון	שני	שלישי	רביעי	חמישי	שישי	שבת	סה"כ שעות שבועיות למטפל	שעות זכאות שבועיות למטופל
תחום שעות	08:00-12:00	08:00-12:00	08:00-12:00	08:00-12:00	08:00-13:00	08:00-13:00	-	-	-
תחום שעות	-	-	-	-	-	-	-	-	-
סה"כ	4.00	4.00	4.00	4.00	5.00	5.00	-	26.00	26.00

המטפלת תמלא בכל יום את שעת תחילה וסיום העבודה ותחתום.

חתימת הזכאית/ או בן/בת	חתימת המטפלת	סה"כ שעות	שעת סיום 2	שעת התחלה 2	שעות סיום 1	שעת התחלה 1	היום בחודש
	X						1 שני MON
	X						2 שלישי TUE
	X						3 רביעי WED
	X						4 חמישי THU
	X						5 שישי FRI
X							6 שבת SAT
	X						7 ראשון SUN
	X						8 שני MON
חופשה	X						9 שלישי TUE
	X						10 רביעי WED
	X						11 חמישי THU
X							12 שישי FRI
							13 שבת SAT
	X						14 ראשון SUN
	X						15 שני MON
	X						16 שלישי TUE
	X						17 רביעי WED
	X						18 חמישי THU
	X						19 שישי FRI
X							20 שבת SAT
	X						21 ראשון SUN
	X						22 שני MON
פסח	X						23 שלישי TUE
	X						24 רביעי WED
	X						25 חמישי THU
	X						26 שישי FRI
X							27 שבת SAT
	X						28 ראשון SUN
פסח ב'	X						29 שני MON
X	X						30 שלישי TUE

עובד/ת בחברה אחרת:  כן  לא

סה"כ שעות בחודש: \_\_\_\_\_

ימי עבודה: \_\_\_\_\_

**אישור נותן השירותים**

שם נותן השירותים: \_\_\_\_\_

תפקיד: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

**הסיבה לאי מתן שירותים**

1. השירותים התחילו באמצע החודש

2. המטפל הפסיק באמצע החודש

3. פטירה

4. אשפוז

5. העדר הזכאית מהבית

6. אחר \_\_\_\_\_

**אישור המטפל**

AGUIRRE ANGENICA

שם מטפל \_\_\_\_\_

חתימת המטפל \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

**בן/בת משפחה**

אם החותם/ת אינו הזכאית/עצמה

שם בן/בת משפחה \_\_\_\_\_

קרבה לזכאית/ת \_\_\_\_\_

**הצהרת קירבת משפחה**

אין קירבת משפחה כלשהיא ביני למטופלת/ לגביו מלאתי יומן עבודה זה.  
 חתימה: \_\_\_\_\_

הודעתי לנותן השירותים על קירבה למטופלת/ ומלאתי הצהרה על סוג הקירבה.  
 חתימה: \_\_\_\_\_

המטפלת מועסקת לפי הנחיות ביטוח לאומי עפ"י קירבה "מוותרת" חתימת נותן השרותים \_\_\_\_\_

511247298 ח.פ.	חברה: עמל ומעבר בע"מ 010	מסי עובד: 1200402	עובד: אגואיר אנג ניקה
כתובת: תרשיש פארק תע 5	תיק ניכויים: 930002720	חודש שכר	כתובת:
קיסריה	תיק ב. לאומי: 930002720	מרץ 2024	זיקים
אתר:		אגף:	תת מפעל: 111
מרכיבי שכר		מחלקה: סיעודית מטפלים 110001	

מרכיבי שכר		תעריפים		נתונים אישיים	
ותק לפיצויים	8.04			מס' משימות	5883251
				מס' זוג עובד	09-001
				מס' קבוצה ב.ל.	23717189
				מס' יעור	16/01/89
				מס' סוג עובד	11/12/15
				מס' תאריך לידה	11/12/15
				מס' תחילת עבודה	000
				מס' מעמד	000
				מס' דרכון	000
				מס' דרגה	000

ניכויי חובה					
קוד	תאור	בסיס	אחוז	חפרשה	ניכוי מצטבר
301	ב.לאומי	4407.00	6.50	26.00	2.00
	ק.ע.זרים	4206.99		623.89	
	פיצויים - מידע	12584.00			
	שכר מבוטח	350.44			
	הפקדה ללא מס				
סה"כ 2.00					

מירוט התשלומים						
סמל	תאור	ק	מחלקה	תעריף	אחוז	כמות
0200	ימי עבודה					25.00
8000	כמות שעות עבודה	ק				113.00
0001	משכורת ב. לאומי		130310	33.63		113.00
0008	הבראה זרים		130310	1.77		113.00
0016	חופשה זרים		130310	2.48		113.00
0130	דמי חג זרים		130310	1.12		113.00
ZHFR	פקדון גמל מצטבר					15649.97
ZPIZ	פקדון פיצויים מצט					20069.21
ZZ00	סך פקדונות מצטבר	ק				35719.18
סה"כ 4407.00						

ניכויים אישיים					
קוד	תאור	ק	אסמכתא	מצטבר	יתרה
סה"כ					

זכאויות כח אדם					
תאור	מכסה	יקדמת	זיכוי	ניצול	יתרה
חופשה	18.00		1.50	1.50	
מחלה	18.00	90.00			90.00
הבראה	7.00		0.58	0.58	
סה"כ תשלומים 4407.00					

מצטברים					
תאור	ברוטו	חפרשה	אחוז	זקיפה	ברוטו למס
פנסיה	12584	818	6.5		13182
					30.61
					5571.75
					12584
					598
					47
					1318
					35
					13182
					25
					6
					1318

חודשי עבודה												
שח"כ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
75	10.0	25	25	25								

אישורי מס				
תאור	תקופה	אחוז/בק	תקרת	אחוז



קוד גישה 005883251 תלש מספר 8

תכנון וביצוע במערך השכר של SYNEL LTD. תל אביב, תלפון 03-7555100. חיפה, תלפון 04-8475400

ח.פ. 511247298	חברה: עמל ומעבר בע"מ 010	מס' עובד: 1111748	עובד: באבילו נאדין
כתובת: תרשיש פארק תע 5	תיק ניכויים: 930002720	חודש שכר: מרץ 2024	כתובת: זיקים
קיסריה	תיק ב. לאומי: 930002720	מחלקה: סיעודית מטפלים 110001	תת מפעל: 111
אתר:	תפקיד: מטפלת	אגף:	

מרכיבי שכר		תעריפים		נתונים אישיים							
ותק לפיצויים	2.00			מס' משרתי	מס' זוג	מס' ארזון	מס' קבוצה ב.ל.	ייצור	סוג שבד	שנת תשלום	פיקוח
				נ	נ	0	7	ת	ת	100	
				פרטי ותק							
				מס' חשבון	מס' חשבון	מס' חשבון	מס' חשבון	מס' חשבון	מס' חשבון	מס' חשבון	מס' חשבון
				2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
				מס' חשבון	מס' חשבון	מס' חשבון	מס' חשבון	מס' חשבון	מס' חשבון	מס' חשבון	מס' חשבון
				51.65	21.7	182					
				מס' חשבון	מס' חשבון	מס' חשבון	מס' חשבון	מס' חשבון	מס' חשבון	מס' חשבון	מס' חשבון

סה"כ מרכיבים: 000 דרוג, 000 לא דרגה

ניכויי חובה					
קוד	תאור	בסיס	אחוז	חפרשה	ניכוי חודשי
301	ב.לאומי	3666.00	6.50	21.63	1.00
	ק.ע.זרים	3499.62		519.00	
	פיצויים - מידע	10648.00			
	שכר מבוטח	291.52			
	הפקדה ללא מס				
סה"כ: 1.00					

מירוט התשלומים									
סמל	תאור	ק	מחלקה	תעריף	אחוז	כמות	לא לתשלום	לתשלום	מס' חשבון
0200	ימי עבודה					25.00			
8000	כמות שעות עבודה	ק				94.00			
0001	משכורת ב. לאומי		130310	33.63		94.00	3161.22		
0008	הבראה זרים		130310	1.77		94.00	166.38		
0016	חופשה זרים		130310	2.48		94.00	233.12		
0130	דמי חג זרים		130310	1.12		94.00	105.28		
ZHFR	פקדון גמל מצטבר						5121.98		
ZPIZ	פקדון פיצויים מצט						6563.94		
ZZ00	סך פקדונות מצטבר	ק					11685.92		
סה"כ: 3666.00									

ניכויים אישיים					
קוד	תאור	ק	אסמכטא	מצטבר	יתרה
סה"כ: 0.00					

זכאויות כח אדם					
תאור	מכסה	יקודמת	זיכוי	ניצול	נ מצטבר
חופשה	12.00	34.05	1.00	1.00	3666.00
מחלה	18.00		1.50		
הבראה	6.00		0.50		
סה"כ: 3665.00					

מצטברים									
תאור	ברוטו	חפרשה	אחוז	זקפה	ברוטו למס	ש.מנימוס לשנה	מס' חשבון	מס' חשבון	מס' חשבון
פנסיה	10648	692	6.5		11154	30.61	5571.75		
							10648		
							506		
							47		
							1115		
							35		
							11154		
							25		
							4		
							1115		

חודשי עבודה												
סה"כ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
75	10.0	25	25	25								

למען מצוי זכויותיך בביטוח הלאומי נא לוודא שפרטורי האישיים הורשומים בתלוש השכר זהים לפרטים המופיעים בתעודת החרות

תלש מספר 49 קוד גישה 007430217

**אישורי מס**

תאור	תקופה	אחוז/נק	תקרה	אחוז

תכנון וביצוע במערך השכר של SYNEL LTD. תל אביב, טלפון 03-75551100, חיפה, טלפון 04-8475400



עובד: ונגרובסקי מיכל	מס' עובד: 1110637	חברה: עמל ומעבר בע"מ 010	ח.פ. 511247298
כתובת: קיבוץ זיקים 1000	חודש שכר: מרץ 2024	תיק ניכויים: 930002720	כתובת: תרשיש פארק תע 5
זיקים 7614000	מחלקה: 111	תיק ב. לאומי: 930002720	קיסריה
תת מפעל: 111	סיעודית מטפלים 110001	תפקיד: מטפלת/ אתר:	

מרכיבי שכר		תעריפים		נתונים אישיים										
ותק לפיצויים	7.08			מס' ארגון	מס' קבוצה ב.ל.	ייעור	סוג עובד	שיעור תשלום שעות	פיקוח	מס' משפחתי	ילדים	כ"ן זוג עובד	מס' עובד	מס' תשלום שעות
				0	1		ת	100		נ		כן		
מרכיבי שכר				פרטי נתק				מס' ארגון						
סח"כ מרכיבים				תקופת חישוב				מס' תשלום שעות						
				01/03-31/03				7.08						
				7.08				7.08						
				מס' ארגון				מס' תשלום שעות						
				182				21.7						
				99.67				99.67						
				000				000						
				000 לא דרגה				דרגה						

ניכויי חובה					
קוד	תאור	בסיס	אחוז	חפרשה	ניכוי מצטבר
	ב.לאומי	7655.04		277.14	39.00
	ב.בראות				240.00
	פסגות	5552.66	6.50	823.46	803.14
	פיצויים - מידע	13386.00			
	שכר מבוטח	462.54			333.16
	הפקדה ללא מס				
					612.16

פירוט התשלומים									
סמל	תאור	ק	מחלקה	תעריף	אחוז	כמות	לא לתשלום	לתשלום	סמל
0200	ימי עבודה					26.00			
8000	כמות שעות עבודה	ק				226.75			
0001	משכורת ב. לאומי		130310	30.61		9.25		283.14	
0001	משכורת ב. לאומי		130310	30.61		52.00		1591.72	
0001	משכורת ב. לאומי		130310	30.61		7.65		234.17	
0001	משכורת ב. לאומי		130310	30.61		25.00		765.25	
0001	משכורת ב. לאומי		130310	30.61		46.50		1423.37	
0002	משכורת		130320	30.61		41.00		1255.01	
0037	ת.עודד חבר		130310	1.00		53.00		53.00	
0037	ת.עודד חבר		130310	1.00		9.25		9.25	
0037	ת.עודד חבר		130310	1.00		46.50		46.50	
0037	ת.עודד חבר		130320	1.00		41.00		41.00	
0037	ת.עודד חבר		130310	1.00		52.00		52.00	
0037	ת.עודד חבר		130310	1.00		25.00		25.00	
0183	ש.ב. סיעוד 125%		130310	30.61	125.0	27.00		1033.09	
0184	ש.ב. סיעודי 150%		130310	30.61	150.0	18.35		842.54	
					7655.04		סח"כ		

ניכויים אישיים					
קוד	תאור	ק	אסמכנא	מזטבר	יתרה
					סח"כ

זכאויות כח אדם					
תאור	מסכה	י קודמת	זיכוי	ניצול	יתרה
חופשה	17.00	14.75	1.42		16.17
מחלה	18.00	90.00			90.00
הבראה	7.00	3.50	0.58		4.08

חודשי עבודה												
סח"כ	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
75												
												10.0

**חודש**  
 חובה לצאת מדי שנה לחופשה של 7 ימים לפחות  
 לא ניתן לצבור ימי חופשה מעבר לזכאויות בחוק  
 יתרה מעבר לזכאויות זו תמחק

למען מיצוי זכויותיך בביטוח הלאומי נא לוודא שפרטיך האישיים  
 הרשומים בתלוש השכר זהים לפרטים המופיעים בתעודת הזהות

קוד גישה 057777237 תלוש מספר 131

מצטברים					
תאור	ברוטו	חפרשה	אחוז	זקיפה	ברוטו למס
פנסיה	13386	870	6.5		16142
					30.61
					5571.75
					13386
					2757
					47
					2.75
					א. פיתוח
					35 זיכוי ב.ל.
					16142
					25 זיכוי ב.ל.
					73 זיכויים אחרים
					503 סח"כ זיכויים
					1614

אישורי מס				
תאור	תקופה	אחוז/נק	תקרה	אחוז

תכנון וביצוע במערכת השכר של SYNEL LTD.  
 תל אביב, טלפון 03-7555100, חיפה, טלפון 04-8475400



עובד: להוימינדה אנגור	מסי עובד: 111592	חברה: עמל ומעבר בע"מ 010	ת.פ. 511247298
כתובת: זיקים	חודש שכר: מרץ 2024	תיק ניכויים: 930002720	כתובת: תרשיש פארק תע 5
תת מפעל: 111	מחלקה: סיעודית מטפלים 110001	תיק ב. לאומי: 930002720	קיסריה
אתר:		תפקיד: מטפלת/ת	

מרכיבי שכר		תעריפים		נתונים אישיים								
ותק לפיצויים	2.11			מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס
מס	0	מס	7	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס
מס	100	מס	ת	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס
מס	25754446	מס	2.11	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס
מס	26/03/77	מס	2.11	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס
מס	27/05/21	מס	2.11	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס
מס	P5401048B	מס	182	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס
מס	000	מס	21.7	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס
מס	000	מס	52.20	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס
מס	000	מס		מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס
מס	000	מס		מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס	מס

ניכויי חובה					
קוד	תאור	בסיס	אחוז	חפרשה	ניכוי מצטבר
301	ב.לאומי	3705.00	6.50	21.86	1.00
	ק.ע זרים	3536.85		524.52	
	פיצויים - מידע	10648.00			
	שכר מבוטח	294.62			
	הפקדה ללא מס				
סה"כ 1.00					

גירוס התשלומים							
ק	מחלקה	תעריף	אחוז	כמות	לא לתשלום	לתשלום	תאור
				25.00			ימי עבודה
				95.00			כמות שעות עבודה
		33.63	130310	95.00		3194.85	משכורת ב. לאומי
		1.77	130310	95.00		168.15	הבראה זרים
		2.48	130310	95.00		235.60	חופשה זרים
		1.12	130310	95.00		106.40	דמי הג זרים
					7017.16		פקדון גמל מצטבר
					8992.67		ZHFR
					16009.83		פקדון פיצויים מצטבר
							ZPIZ
							סך פקדונות מצטבר
							ZZ00
סה"כ 3705.00							

ניכויים אישיים					
קוד	תאור	ק	אסמכנא	מצטבר	יתרה
סה"כ					

סה"כ תשלומים  
3705.00

ניכויי חובה  
1.00

שכר נטו  
3704.00

ניכויים

נטו לתשלום  
3704.00

זכויות כח אדם					
תאור	מכסה	י קודמת	זיכוי	ניצול	יתרה
חופשה	12.00		1.00	1.00	
מחלה	18.00	48.00	1.50		49.50
הבראה	6.00		0.50	0.50	

חודשי עבודה												
סה"כ	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
75												
% שולי												10.0

מצטברים							
תאור	ברוטו	חפרשה	אחוז	זקיפה	ברוטו למס	ש.מנימום לשעה	מס
פנסיה	10648	692	6.5		11154	11154	30.61
משכורת						5571.75	5571.75
שכר פטור						10648	10648
בר. לגילום						506	506
נטו לגילום						47	47
מס חכנסה						2.75	1115
מס חכנסה						א. פיתוח	
ברוטו ב.ל.					11154	זיכוי 35	
פרישה						זיכוי 25	
ב. לאומי					4	זיכויים אחרים	
ב. בריאות						סה"כ זיכויים	1115
חש-פיקדון			107783	20-618			

הודעות

למען מיצוי זכויותיך בביטוח הלאומי נא לוודא שפרטיך האישיים  
הרשומים בתלוש השכר זהים לפרטים המופיעים בתעודת החוזה

תלוש מספר 188 קוד גישה 005401048



אישורי מס

תאור	תקופה	אחוז/מק	תקרה	אחוז

SYNEL LTD. הכנון וביצוע במערך השכר של  
תל אביב, טלפון 03-7555100, חיפה, טלפון 04-8475400



חברה: עמל ומעבר בע"מ 010	מס' עובד: 1111462	עובד: פאקדה מאריטס
ת.פ. 511247298	תיק ניכויים: 930002720	כתובת: ת.פ. 5
תיק ב. לאומי: 930002720	חודש שכר: מרץ 2024	זיקים
אתר:	מחלקה: סיעודית מטפלים 110001	תת מפעל: 111

מרכיבי שכר		תעריפים		נתונים אישיים																
ותק לפצויים	3.08			תעודת זהות	1009822	מס' מזהה	נ	ילדים	כך	מס' ארגון	0	קבוצה ב.ל.	7	ייעור	ת	סוג עובד	100	שיעור שעות		
				סניף / בנק	09-001	חשבון		26443323		תאריך לידה		11/02/80		תחילת עבודה		16/08/20				
				מס' דרכון	P5455866B		דרגה		000		דרגה		000		לא דרגה					

ניכויי חובב					
קוד	תאור	בסיס	אחוז	הפרשה	ניכוי מצטבר
301	ב.לאומי ק.ע.זרים פיצויים - מידע שכר מבוטח הפקדה ללא מס	3705.00 3536.85 10648.00 294.62	6.50	21.86 524.52	1.00
סה"כ 1.00					

פירוט התשלומים						
סמל	תאור	ק	מחלקה	תעריף	אחוז	כמות
0200	ימי עבודה					25.00
8000	כמות שעות עבודה	ק				95.00
0001	משכורת ב.לאומי		130310	33.63		3194.85
0008	הבראה זרים		130310	1.77		168.15
0016	חופשה זרים		130310	2.48		235.60
0130	דמי חג זרים		130310	1.12		106.40
ZHFR	פקדון גמל מצטבר					7873.52
ZPIZ	פקדון פיצויים מצט					10090.05
ZZ00	סך פקדונות מצטבר	ק				17963.57
סה"כ 3705.00						

ניכויים אישיים					
קוד	תאור	ק	אסמנטא	מצטבר	יתרה
סה"כ					

סה"כ תשלומים 3705.00  
 ניכויי חובב 1.00  
 שכר נטו 3704.00  
 ניכויים  
 נטו לתשלום 3704.00

זכויות כח אדם					
תאור	מכסה	י קדמת	זיכוי	ניצול	יתרה
חופשה	12.00		1.00	1.00	
מחלה	18.00	62.27	1.50		63.77
הבראה	7.00		0.58	0.58	

חודשי עבודה												
סה"כ	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
75											25	25
% שולי											25	10.0

מצטברים					
תאור	ברוטו	הפרשה	אחוז	זקיפה	ברוטו למס
כנסיה	10648	692	6.5		11154
ברוטו חי"פ					30.61
משמורת					5571.75
שכר פטור					10648
בר. לגילום					506
נטו לגילום					47
מס חכנסה					1115
ברוטו ב.ל.					11154
פריטה					25
ב. לאומי					4
ב. בריאות					1115
חש-פיקדון	20-618	668477			

למען מיצוי זכויותיך בביטוח הלאומי נא לוודא שפרטיך האישיים הרשומים בתלוש השכר זהים לפרטים המופיעים בתעודת הזהות

קוד גישה 001009822 תלוש מספר 268



אישורי מס

תאור	תקופה	אחוז/נק' תקרה	תקרה	אחוז

SYNEL LTD. תכנון וביצוע במערך השכר של תל אביב, טלפון 03-7555100, חיפה, טלפון 04-8475400

