המוסד לביטוח לאומי
מינהל ביטוח גבייה
מינהל הגמלאות

חותמת קבלה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות / דרכון
	סוג המסמך: דפים / 5 5

בקשה למענק עידוד לעובד/ת במשק בית

לחודש _____שנה _____

יש למלא טופס נפרד לכל חודש

פרטי המעסיק

שם המעסיק במשק בית	מספר תיק המעסיק (בתיאום עם המעסיק)

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		_____@_____

פרטי העובד/ת

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

מועסק/ת מתאריך	שכר ברוטו

עבדתי לפחות באחד מהחודשים: ❑יולי 2023, ❑אוגוסט 2023 ❑ספטמבר 2023

מספר הימים שעבדתי פיזית בחודש הבקשה למענק אצל מעסיק זה (לא כולל ימי עבודה מרחוק, ימי חופשה או מחלה בתשלום) אין לכלול כמה מעסיקים_____

הכתובת בה התבצעה העבודה _____

❑אני מצהיר/ה שהכתובת בה עבדתי בחודש הבקשה היא אותה הכתובת שבה עבדתי לפני ה 07.10.2023

הצהרת העובד/ת

אני מאשר/ת כי כל הפרטים שמסרתי נכונים.
אני מסכים/ה לבדיקת הנתונים ע"י הביטוח הלאומי ואם ימצא שאינני זכאי/ת למענק, תבוטל הזכאות וייווצר חוב בביטוח לאומי.

_____ שם מלא _____ חתימה✗ _____

הצהרת המעסיק

אני מאשר כי כל הפרטים שמסרתי נכונים.

תאריך _____ שם מלא _____

תפקיד _____ חתימת המעסיק ✗ _____

ידוע לי שבמידה וימצא שהנתונים שדווחו אינם נכונים, יכול הביטוח הלאומי לבטל את המענק ששולם לעובד, ליצור חוב והפנייה תטופל על פי דין.