



המוסד לביטוח לאומי מינהל הגמלאות

אישור המעסיק על העסקת עובד/ת

למילוי רק לאחר הפסקת העבודה

מס' זהות / דרכון									
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> סוג המסמך דפים </div>									
0		1							

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

1 למילוי ע"י המעסיק – רק לאחר הפסקת עבודה

שם המעסיק	מספר תיק ב.לאומי	טלפון קווי	מספר פקס
הנני מאשר כי מר/גב			
שם משפחה	פרטי	עיסוק/תפקיד	ת. זהות
החלה לעבוד אצלי ביום		עבד/ה עד יום כולל יום זה	ס"ב
שנה	חודש	יום	שנה
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג קרבה		<input type="checkbox"/> בבנק <input type="checkbox"/> במזומן אחר	<input type="checkbox"/> בהמחאה <input type="checkbox"/> שכר/ה שולם

2 תנאי העבודה והשכר

- בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבד/ה: ברציפות שלא ברציפות, פרט: _____
 שנת שבתון/השתלמות מתאריך _____ עד _____
 חופשה ללא תשלום מתאריך _____ עד _____
 אחר, פרט: _____ מ _____ עד _____
- מס' ימי עבודה בשבוע _____
- פרוט שכר/ה (בש"ח) ב-10 חודשים שקדמו להפסקת עבודתו/ה (אף אם אינם רצופים).
 יש לרשום הסכומים כולל הפרשים ותשלומים בנוסף לשכר הרגיל (כגון הבראה, ביגוד, מענק חד-פעמי וכד').

שנה/חודש	השכר החייב במס	השכר החייב בדמי ביטוח	דמי ביטוח שנוכו מהשכר	בסיס השכר (חודשי, יומי, שכר לשעה)	אחוז משרה	מס' ימי עבודה בשכר	שעות עבודה	מס' ימים עבורם לא שולם שכר	סיבה
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

4. פרוט הפרשים והתשלומים הנוספים שנכללו בסעיף 3 ב-6 החודשים שקדמו להפסקת העבודה:

מהות התשלום	עבור תקופה		שולם (₪)	חודש
	עד תאריך	מתאריך		
				1
				2

סיבה אחרת לשינויים בשכר _____

אני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודה ובשכר/ה של העובד/ת כנדרש בחלק זה.
תאריך _____ שם החותם ותפקידו _____ חתימת וחותמת העסק/המפעל * _____