המוסד לביטוח לאומי
מינהל ביטוח גבייה
מינהל הגמלאות

חותמת קבלה	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות / דרכון סוג המסמך 6 3 דפים

אישור המעסיק

בקשה למענק עידוד

לחודש_____ שנה _____

יש למלא טופס נפרד לכל חודש

פרטי המעסיק

שם המעסיק	מספר תיק ניכויים

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		_____@_____

פרטי העובד

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

מועסק מתאריך	שכר ברוטו

העובד עבד לפחות באחד מהחודשים: ❑יולי 2023, ❑אוגוסט 2023 ❑ספטמבר 2023

מספר הימים שהעובד עבד פיזית בחודש הבקשה למענק (לא כולל ימי עבודה מרחוק, ימי חופשה או מחלה בתשלום)
_____

הכתובת בה התבצעה העבודה באופן פיזי בחצרי המעסיק _____

הצהרת המעסיק

אני מאשר כי כל הפרטים שמסרתי נכונים.

תאריך _____ שם מלא _____

תפקיד _____ חתימה וחותמת המעסיק ✗ _____