



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגבייה
מעסיקים
סניף _____

חותמת קבלה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' תיק ניכויים	מס' מס' דפים
_____	_____
סוג המסמך	_____
06	_____

1 הצהרת מעסיק בדבר העסקת עובד במשק בית

1

פרטי המעסיק או נציג ועד הבית – נא סמן מעסיק פרטי ועד בית בית תפילה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
_____	_____	_____
כתובת ופרטי התקשרות		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
_____	_____	_____
דירה	יישוב	מיקוד
_____	_____	_____
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
_____	_____	_____ @ _____
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:		
שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב
_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי, יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.		
פרטי חשבון בנק של המעסיק (לצורך החזרים במידה ויגיעו)		
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף
_____	_____	_____
		מס' חשבון

2

2 פרטי העובד – נא סמן עובד זר תושב ישראל

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
_____	_____	_____
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
_____	_____	_____
דירה	יישוב	מיקוד
_____	_____	_____
טלפון קווי	טלפון נייד	אם העובד הינו זר, נא ציין מספר דרכון
_____	_____	_____

3

3 פרטים על העבודה הנוכחית

עיסוק העובד _____			
מועד תחילת העבודה	מס' ימי עבודה בשבוע	מס' שעות עבודה ביום	מקום העסקה
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> בית המעסיק <input type="checkbox"/> בית העובד <input type="checkbox"/> אחר _____
סמן את הימים בהם מתבצעת העבודה	משעה	עד שעה	סכום השכר המשולם בחודש בשו"א
א ב ג ד ה ו ש	_____	_____	_____

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

פרטים על קרבה משפחתית: לא קיימת קיימת, סוג הקרבה _____

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בטופס הם נכונים ומלאים.

אני מצהיר כי העובד הרשום מעלה עבד ודווח בזמן כמפורט לעיל. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הם עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

שם המעסיק _____ תאריך _____ חתימה * _____