משרד החינוך

לשכת מחוז _____

סעיפים א' ב' ו-ג' ימולאו ע"י עובד ההוראה במקור וב-2 העתקים ויועברו למחוז, המחוז יעביר מקור והעתק לגף רווחה בעדף כא"ב (בצירוף המסמכים הרפואיים הדרושים) ולאחר מילוי סעיף ד' - ע"י כא"ב במחוז וסעיף ה' - ע"י הרופא. העתק ישאר בתיקו האישי של המורה במחוז

בקשה לאישור תשלום משכורת ע"ח ימי מחלה צבורים בגין מחלת בן משפחה

א. פרטי המבקש (ימולא ע"י עובד ההוראה)

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מצב משפחתי

כתובת מגורים: רחוב	מס' בית	שם הישוב	מיקוד	עיסוק בן הזוג ומקום עבודתו	טלפון

ב. פרטים על אחים/אחיות של המבקש (ימולא ע"י המבקש במקרה של העדרות בגין הצורך לטפל בהורה/ים של המבקש)

	שם ושם משפחה	גיל	מצב משפחתי	כתובת	משלח יד	האם מסוגל לטפל בהורה/ים, אם לא פרט מדוע	
1.						☐ כן ☐ לא	
2.						☐ כן ☐ לא	
3.						☐ כן ☐ לא	

ג. פרטים על תקופת ההעדרות ועל בן המשפחה שבגינו נגרמה ההעדרות

תקופת ההעדרות המבוקשת היא מתאריך _____ עד תאריך _____

שם בן המשפחה	סוג קרבה	תאריך לידה	כתובת החולה

פירוט סיבת ההעדרות או המחלה:	האם בן המשפחה אושפז בבי"ח אם כן, נא לצרף סיכום מחלה	סוג האישור המצורף	שם נותן האישור ותפקידו
	☐ כן ☐ לא		

הערות נוספות:

_____

תאריך _____ חתימת עובד ההוראה _____

ד. פרטים על עובד ההוראה לפי נתוני כא"ב (ימולא ע"י גף כא"ב במחוז)

דרגה	ותק בשנת למשכורת	במשרד	מס' ימי מחלה צבורים	היקף ובסיס המשרה	שם המוסד	יישוב	מיקוד

ה. חוות דעת רופא האגף

_____

תאריך _____ שם _____ חתימה _____

ו. החלטת וועדת הכספים למקרים חריגים

_____

_____

_____

_____

_____

_____

תאריך	שם וחתימת יו"ר	שם וחתימת חבר	שם וחתימת חבר