

מדינת ישראל  
משרד החינוך  
גף כח אדם בהוראה

נספח א'

אישור הרופא המטפל לעובד/ת

אל : ועדת הגמלאות משרד החינוך, באמצעות גף כא"ב, לשכת מחוז ת"א

הנדון : מר / גב' \_\_\_\_\_ שם משפחה  
\_\_\_\_\_ שם פרטי  
\_\_\_\_\_ מס' זהות

הריני לאשר בשנה האחרונה, (אך לא פחות מ- 6 חודשים ממועד אישורי זה), נתגלו לראשונה בנדון (או נתגלתה לראשונה החמרה משמעותית במצב בריאות קיים), ליקויי הבריאות הבאים :

- א. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ב. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ג. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ד. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ה. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ב ב ר כ ה ,

פרטי הרופא המטפל : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ תאריך  
\_\_\_\_\_ חתימה

שם משפחה \_\_\_\_\_  
שם פרטי \_\_\_\_\_  
מספר הרישיון \_\_\_\_\_

\* מומלץ לצרף מסמכים רפואיים נוספים.

מדינת ישראל  
משרד החינוך  
גף כח אדם בהוראה

נספח ב'

הצהרת עובד/ת על הוצאות רפואיות

אל ועדת הגימלאות, משרד החינוך, באמצעות גף כא"ב לשכת מחוז \_\_\_\_\_

הנדון : הוצאות מיוחדות בשל מצב בריאותי הלקוי

אני מצהירה בזאת שבשל מצב בריאותי, נגרמות לי, משך השנה האחרונה (אך לא פחות מששת החודשים האחרונים), הוצאות מיוחדות וקבועות (שאינן חד פעמיות) שאינן מכוסות על ידי ביטוחי הרפואי או על ידי הסדר אחר כלשהו, זאת בממוצע חודשי של \_\_\_\_\_ ש"ח.

מצ"ב קבלות על ההוצאות המיוחדות.

מספר זהות

שם פרטי

שם משפחה

תאריך

מדינת ישראל  
משרד החינוך  
גף כח אדם בהוראה

נספח ג'

אישור על השתכרות עובד/ת

אל : ועדת הגמלאות, משרד החינוך – ירושלים.

הנדון : העובד/ת \_\_\_\_\_ שם משפחה  
\_\_\_\_\_ שם פרטי  
\_\_\_\_\_ מספר זהות

הרינו לאשר שבשנה האחרונה ( אך לא פחות מ- 6 חודשים ממועד אישורנו זה), אך בהשוואה לשנה הקודמת, מתקיים באשר לעובד/ת ( יש לסמן בהתאם ) כדלהלן :

[ ] העובד נעדר/ה לחלוטין מעבודתו/ה

[ ] בתקופה האמורה, שכר עבודתו/ה החודשי (ברוטו) של העובד/ת ( כולל שעות נוספות, כוננות, שכר עידוד וכד' ) פחת, בממוצע חודשי, ב-1/3 משרה.

[ ] העובד/ת נעדר/ה מעבודתו/ה, בשל מחלה הקשורה במצבו הבריאותי, בממוצע חודשי, ב- 1/3 משרה לפחות מהתקופה האמורה.

[ ] בתקופה האמורה שיעור משרתו/ה של העובד/ת הופחת בשל מצבו הבריאותי ב- 1/3 משרה לפחות.

פרטי מנהל/ת גף כ"א"ב במחוז המאשר/ת את הנתונים הנ"ל :

\_\_\_\_\_ שם משפחה  
\_\_\_\_\_ שם פרטי  
\_\_\_\_\_ תפקיד

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ תאריך

מדינת ישראל  
משרד החינוך  
גף כח אדם בהוראה

מדינת ישראל  
משרד החינוך  
גף כח אדם בהוראה

נספח ד'

הצהרת העובד/ת

אני מצהיר/ה בזאת שבגין הליקוי הבריאותי, ( או הוצאותיי המיוחדות הקשורות בו ), בעטיו אני מבקש/ת שתוגדל תקופת שירותי ( יוגדל שיעור קיצבתי ), איני מקבל/ת תשלומים כלשהם.

שם פרטי

שם משפחה

חתימה

תאריך

מדינת ישראל  
משרד החינוך  
גף כח אדם בהוראה