

מדינת ישראל
משרד החינוך
גף כח אדם בהוראה

נספח ה'

אישור הרופא המטפל לבן/בת הזוג של העובד/ת

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

הנדון : **מר / גב'** _____ שם משפחה
_____ שם פרטי
מס' זהות _____

(בן/בת הזוג של מר/גב' _____ שם משפחה
_____ שם פרטי)

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 ו'

הצהרת בן/בת זוג העובד/ת על הוצאות רפואיות

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

הנדון : הוצאות מיוחדות בשל מצב בריאותי הלקוי

אני, בן/בת הזוג של העובד/ת _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____, 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 ז'

אישור המעסיק של בן/בת זוג העובד/ת

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

הנדון : העובד/ת _____ שם משפחה
_____ שם פרטי
_____ מספר זהות

(בן/בת הזוג של עובד/ת המדינה, מר/גב' _____ שם משפחה
_____ שם פרטי
_____ מס' זהות

1. בשנה הקודמת (טרם השינויים במצב בריאותו/ה), השתכר/ה העובד/ת, בממוצע חודשי, סך של _____ ₪.

2. הריני לאשר שבשנה האחרונה (אך לא פחות מ- 6 חודשים ממועד אישורנו זה), בהשוואה לשנה הקודמת, מתקיים לגביו/ה (יש לסמן בהתאם) כדלהלן :

[] העובד נעדר/ה לחלוטין מעבודתו/ה

[] בשל מצבו/ה הבריאותי, שכר עבודתו/ה החודשי (ברוטו) של העובד/ת (כולל שעות נוספות, כוונות, 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.

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

פרטי המאשר אצל המעסיק *

שם המעסיק : _____
שם החברה (או שם המעסיק) _____

_____ כתובת
_____ מס' הטלפון

המורשה לאשר מטעם המעסיק :

_____ שם משפחה
_____ שם פרטי
_____ תפקיד

_____ תאריך
_____ חתימה

* אם בן/בת הזוג עצמאי יש לצרף אישורי מס הכנסה.

מדינת ישראל
משרד החינוך
גף כח אדם בהוראה

נספח ח'

הצהרת בן/בת זוג העובד/ת

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

פרטי בן/בת הזוג: _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות _____

(פרטי העובד/ת: _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות _____)

_____ תאריך
_____ חתימה בן/בת הזוג