

אישור המעסיק על תקופת העסקה

שם המעסיק	תיק ניכויים
מספר טלפון	מספר פקס
דואר אלקטרוני	

שם העובד: _____	
מספר ת.ז: _____	
תפקיד: _____	
אחוז משרה (לפני קרות אירוע נכות): _____	
נא לפרט כמות שעות עבודה חודשיות / שבועיות / יומיות טרם מועד אירוע בגינו העובד תובע: _____	
תקופת העסקה מתאריך: _____, עד תאריך (במידה והסתיימו יחסי עובד-מעביד): _____	
סיבה להפסקת עבודה/ירידה באחוז משרה: _____	תאריך סיום עבודה או תאריך ירידה במשרה (עקב מחלה או תאונה, גם אם שולמו לאחר מועד זה דמי מחלה ע"י מעסיק): _____
תשלום ע"ח ימי מחלה: <input type="checkbox"/> כן / <input type="checkbox"/> לא בין התאריכים: _____ עד _____	
ממשיך לעבוד: ציין אחוז משרה לאחר קרות אירוע נכות, (נא לפרט מספר שעות עבודה חודשיות/שבועיות/יומיות למשרה חלקית): _____	
אחוז הפרשה לפנסיה: _____	
ניכוי עובד: _____ הפרשות מעסיק: _____ פיצויים: _____	
במידה ושולם שכר עבודה לאחר מועד אירוע נכות - נא לפרט בגין אילו רכיבי שכר (מחלה, חופשה, הבראה וכו'): _____	
הערות: _____	

תאריך _____ שם ממלא הטופס ותפקידו _____

חתימה/ חותמת המעסיק: _____