



בית משפט השלום בהרצליה

16 פברואר 2026

ת"א 51810-02-26 רייד נ' ארונוב ואח'

אישור פתיחת תיק

مصادقة على تسجيل قضية

ניתן אישור כי ביום (تُصادق بهذا بأنه في يوم) 16/02/2026 בשעה (بالساعة) 09:12 נפתח בבית משפט זה (سجلت في المحكمة قضية تحمل الرقم) ת"א 51810-02-26 רייד נ' ארונוב ואח'.

שימת ליבך כי תיק זה נפתח על תנאי וככל שימצאו מחדלים שלא יתוקנו, התביעה תסגר בסיבה: "אי קבלה לרישום בשל אי מילוי הוראות הדין".

שימת לבך כי לפי הדין, מסמך שהוגש לאחר השעה 17:00 נחשב כאילו הוגש ביום החול שלאחריו.

בהתאם לכך, לגבי מסמכים שהוגשו לאחר השעה 17:00 מופיעה באישור זה השעה 7:00 ביום החול שלאחר יום ההגשה ולא מועד ההגשה המקורית.

אנשים עם מוגבלויות יכולים לפנות לבית המשפט בכתב, בבקשה לקבלת התאמות נגישות, לפי הצורך. לקבלת פרטים נוספים הנוגעים לקבלת התאמות נגישות, ניתן לפנות למרכז המידע הטלפוני שמספרו -077 3852 2703333 www.court.gov.il.

ذوي اعاقة يمكنهم التوجه خطيا الى المحكمة، بطلب للحصول على ملائمة للتسهيل بحسب الحاجة. للحصول على تفاصيل اضافية يمكن التوجه الى مركز المعلومات الهاتفي *3852 077-2703333. www.court.gov.il

דע לך כי באם תינתן החלטה בתיק על הוצאת צו (מכל סוג שהוא לרבות צו עיכוב יציאה מן הארץ), ויימצא כי מספר הזהות של נשוא הצו לא צוין, או שצוין אך נמצא שהוא שגוי, או שאינו קיים במרשם האוכלוסין – לא ניתן יהיה לבצע את הצו. הנך נדרש להמציא למזכירות בית המשפט בהקדם את פרטי נשוא הצו הנכונים על מנת שתוכל לפעול ליישום ההחלטה השיפוטית. היה ומדובר בזיהוי מסוג "מספר דרכון" יש לציין את שם הגורם בתיק באותיות לועזיות.



פסקי דין והחלטות מתפרסמים באתר הרשות השופטת, למעט אם הם אסורים בפרסום לפי הדין.

בעל דין בלתי מיוצג - מערכת בתי המשפט חוסכת לך זמן !

בוא לבצע את כל הפעולות ולהתעדכן בתיק בכל עת ובתנאי שבוצע רישום במערכת ההזדהות הממשלתית.



לפרטים ומידע, יש לסרוק את הקוד:

תאריך חתימת המסמך : 15.2.26

זהבה רייך, ת.ז. 47417662

התובעת :

מרחוב דרך השלום 53, באר שבע
טלפון : 0522629601

ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"ר 62254) ו/או יגאל רסקין
מרח' אבא הלל 7, רמת גן
טל' : 03-7412358 , פקס : 077-3180983
דוא"ל : office@freiberg-law.com

– נ ג ד –

1. ארנוב נריו, ת"ז 311833768

הנתבעים :

מרחוב וולפסון דוד 30, באר שבע

2. הפניקס חברה לביטוח בע"מ

מרחוב דרך השלום 53, גבעתיים
טל' : 03-7332202 ; פקס : 03-7337869
דוא"ל : PtichotHova@fnx.co.il

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה : פלג"ד

הסעדים המבוקשים : פיצויים בשל נזקי גוף בהתאם לסמכותו של בית משפט נכבד זה.

סכום האגרה : 839 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007).

תיקים קשורים : לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל והתובעת הגישה למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתם מוזמנים להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לכם הזמנה זו.

לתשומת ליבכם, אם לא תגיש כתב הגנה לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט – 2018, תהיה לתובעת הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.

(1) בעלי הדין :

1. הנתבע 1, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מ"ר 66-273-32 (להלן: "**הרכב**").

2. התובעת, ילידת 11.12.1935, נפגעה בתאונה כהולכת רגל.

3. הנתבעת 2 הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.

רצ"ב אישור משטרה מסומן "**כנספח 1**".

קישור לסרטון המתעד את התאונה :

<https://1drv.ms/v/c/3ff88636c9b8d2e7/ETSeQIGsHa1DuD38HEBYaP0BTm5bdw8Se2hmfCnPuikB4Q?e=CBiFcp>

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

4. התובעת נפגעה בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת 2 ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותרת התובעת לפצותה בגין הנזקים שנגרמו לה בתאונה.

5. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה הפכה התובעת מאישה עצמאית לאישה מוגבלת ונתמכת הזקוקה לסיוע ועזרה בביצוע פעולות היום-יום ובניהול משק ביתה, היא נזקקה לעזרת הזולת ולעזרה סיעודית ותמשיך להזדקק גם בעתיד.

6. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה נזקקת התובעת לנסיעות, לטיפולים רפואיים, להוצאות רפואיות ופארא רפואיות והיא תזדקק לכך גם בעתיד.

7. מחמת מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ותיזקק לכך גם בעתיד.

(3) תמצית העובדות הנחוצות לביסוסה של עילת התביעה ומתי נולדה :



8. בתאריך 18.4.2024 בשעה 20:00, או בסמוך לכך, בדרך השלום, בבאר שבע, עת חצתה את הכביש, הרכב אשר היה נהוג על ידי הנתבע 1, פגע בתובעת והיא נפגעה ונחבלה בגופה. (להלן: "התאונה").
9. לאחר התאונה פונתה התובעת לקבלת טיפול רפואי בבית החולים סורוקה, בבאר שבע, שם אובחנו חבלות בפלג גופה, בדגש על רגל, ברך וקרסול ימין, עם קושי ניכר בדריכה וכאבים עזים.
10. בדיקות הדמיה הדגימו שבר בטיביה מימין עם קריסה, ספק שבר תלישה בפטיון הטרלי בקרסול ימין.
11. לאחר התייעצות עלתה האפשרות בצורך בהתערבות ניתוחית אולם, הוחלט על מיצוי טיפול שמרני, במסגרתו ניתנה לה זריקת נוגדי קרישה והיא שוחררה לביתה והוסעה על ידי אמבולנס, כשרגלה חבושה, עם סד ברך, כשהיא אסורה בדריכה, בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת זריקות נוגדי קרישה, נטילת משככי כאבים ומנוחה ממושכת.
12. התובעת, אשר מחמת התאונה ותוצאותיה הייתה מנועה מדריכה, עם כאבים עזים וקושי ניכר בתפקוד נזקקה לעזרה, תמיכה וליווי צמוד, שכללה עזרה בביצוע כל פעולות היום-יום ומשק ביתה, עזרה במתן תרופות וזריקות נוגדי קרישה, טיפול לשיכוך כאב וצורך במעקב רפואי, תמיכה וסיעוד.
13. התובעת המשיכה במעקב רפואי, במסגרתו אובחנו שברים עם פרוגנוזה קשה ובשים לב לגילה, הומלץ על המשך טיפול שמרני, איסור על דריכה למשך חודשיים ימים לפחות, והמשך מעקב וטיפול רפואי.
14. התובעת המשיכה במעקב הרפואי במסגרת מרפאת אורטופדית בבית החולים סורוקה ובמסגרת הקהילה והוחלט על בדיקות דימות נוספות, התחלת דריכה באמצעות הליכון, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה, המשך מעקב רפואי ונטילת תרופות לשיכוך כאב.
15. מצבה של התובעת לא הוטב, אלא להפך, מצבה הדרדר עם פגיעה משמעותית בתפקוד ובעצמאות, בדיקות הדימות העלו צורך לביצוע ניתוח להחלפת מפרק הברך, אך הניתוח לא אושר בשים לב לגילה ולסיכון. הוחלט על המשך טיפול נוגד כאב, עזרה ליווי וסיוע והמשך מעקב.
16. בשים לב למצבה בעטייה של התאונה ולכך שבמשך זמן רב הייתה במצב שלא איפשר תנועתיות נגרמה לתובעת חסימת מעיים תפקודית והיא



נאלצה להתאשפז במצב מסכן חיים לצורך ביצוע פרוצדורות כירורגיות, בין היתר, כללו אשפוז בטיפול נמרץ כשלאחריהן נותרה עם מגבלות תזונתיות בנוסף והחלמה כאובה וממושכת לצד צורך בהמשך מעקב וליווי

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".

17. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות רגל ימין, מקושי בדריכה, מחוסר יציבות, קושי ניכר בעמידה והליכה, מכאבים עזים, מקשי הירדמות ושינה לא רציפה, מכאבים עזים, היא נזקקת לעזרה ליווי וסיוע בהיקף מלא, תלויה בטיפול תרופתי לשיכוך כאב והיא תיזקק לכך גם בעתיד.

18. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה הפכה התובעת, מאישה עצמאית ופעילה ביחס לבני גילה, לאישה סיעודית אשר תלויה בעזרה, סיוע ותמיכה בביצוע פעולות היומיום. היא מתקשה בניהול משק ביתה ובביצוע פעולות שגרתיות, נזקקת לקבלת טיפול רפואי ושימוש במשככי כאבים היא נאלצה להעסיק עזרה בשכר ונגרמו לה הוצאות אותן היא תיאלץ להוציא גם בעתיד.

רצ"ב אישור העסקת עובד זר ומכתב זכאות מטעם המל"ל, מסומנים "כנספח 3".

19. מחמת התאונה ותוצאותיה נגרמו לתובעת הוצאות רפואיות והוצאות בגין רכישת תכשירים ותרופות לשיכוך הכאב, הוצאות התאמה, עזרה וסיעוד, הוצאות בגין רכישת אביזרים וטיפולים רפואיים ופארא רפואיים והיא תיזקק לכך גם בעתיד.

20. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה, בשים לב לאופי פגיעתה ולכך, נזקקת התובעת לליווי והוצאות שימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ותזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

1. להלן פירוט נזקי התובעת.:

א. נזק מיוחד:

(1) עזרת הזולת בעבר – ₪ 220,020

(2) הוצאות רפואיות לרבות נסיעות לטיפולים ואביזרים רפואיים ופארא רפואיים – ₪ 46,000

(3) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - ₪ 27,400



ב. נזק כללי :

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובע פיצוי הולם בגין נזקה, בין היתר, בראשי הנזק הבאים :

- (1) הוצאות סיעוד תמיכה ועזרת הזולת בעתיד.
- (2) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
- (3) הוצאות ניידות ונסיעות מיוחדות בעתיד.
- (4) פיצוי בגין נזקה הלא ממוניים של התובעת.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט :

21. הנתבע 1 חייב לפצות את התובעת בהיותו הנוהג ו/או המשתמש ברכב.
 22. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובעת בהיותה מבטחת השימוש ברכב בעת התאונה.
 23. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.
 24. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת 2.
- אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעים לדין ולחייבם, לפצות את התובעת כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מירבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.



16
אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: אישור משטרה (עמודים 8 עד 9)	8
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 11 עד 26)	11
נספח 3: הוצאות הסכם העסקת עובדת זרה ותלויים (עמודים 28 עד 63)	28
נספח 4: טופס 1 - מינוי מומחים - הפניקס אורתופדי (עמודים 65 עד 65)	65
נספח 5: יפוי כח ווסר (עמודים 67 עד 69)	67



נספח 1 :

אישור משטרה

(עמודים 8 עד 9)



מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

מספר תיק פלא 164190/2024
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק ו
תאריך 19/08/2024, ט"ו אב תשפ"ד, 11:46

יחידה שלוחת בוחנים נגב מחוז דרום
כתובת זלמן שזר 33 בית נועם באר שבע
טלפון 086615714
פקס 086615718
דואל bohanim.negev@police.gov.il

לכל המעוניין

תאריך התאונה 18/04/2024 בשעה 20:00

מקום התאונה

באר שבע השלום 61 בכביש עירוני

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
6627332	פרטי נוסעים	פיאט תורכיה
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
הפניקס הישראלי	23-075-540-175779000	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	311833768	ארונוב נריו	14/10/1961	באר שבע, וולפסון דוד 30		

פרטי הולכי רגל

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
הולך רגל	24128761	שאממא אליהו	20/06/1969	באר שבע, השלום 53	סורוקה - באר שבע (מרכזי בנגב)	קלה
הולך רגל	3336104	רייך זהבה	11/12/1935	באר שבע, השלום 53	סורוקה - באר שבע (מרכזי בנגב)	קלה



כמות נפגעים

כמות נפגעים

מצב התיק

מתאריך

2

בחקירה

19/08/2024

פרטי המטפל בתיק

מ"א

שם משפחה

שם פרטי

1933381

בונפלד

הילה הגר

פרטי השוטר המוסר

מספר אישי

שם פרטי

שם משפחה

דרגה

תפקיד

1933381

הילה הגר

בונפלד

צוער

חוקר משל

מקום שרות

שלוחת בוחנים נגב מחוז דרום

חתימה

19/08/2024 11:46

הילה



נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 11 עד 26)





הופק ע"י דר' ציטלין אילן 19/04/2024 01:27

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: רייך שם פרטי: זהבה כתובת: השלום 53 באר שבע 8442433 טלפון: 0522629601 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 11/12/1935 תעודת זהות: 333610 מין: נקבה גיל: 88 שם האב: דוד	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלר"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רותם חבר טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 20:26 18/04/2024 מספר ביקור: 2024088900 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	--	--

סיום טיפול במלרד: שחרור



אבחנה

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
FALL ACCIDENT	E8889			✓			
CLOSED FRACTURE OF UNSPECIFIED PART OF TIBIA	82380	Right					
SZ 2							

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בת 88 ברקע המחלות הר"מ.
בין רכב לשני הולכי רגל.
בהגיענו למקום הנל ישובה על כיסא בכביש לדבריה נפגעה מרכב בכביש ונחבלה ברגל ימין כרגע מרגישה כאבים מאזור הקרסול עד
אזור
הברך ומתלוננת על קושי בהליכה

בבדיקתו במיין
יציבה הימודנת ונשמתי
מדדים חיוניים בגדר הנורמה
ומתלוננת על קושי בהליכה

לב: קלולת לב סדירים ללא מהירים ללא נשמעו אוושה
ריאות: כניסה אוויר שווה טובה דו" צ ללא חוחרים או צוצופים
בטן: רכה ללא רגישה
גפיים: ללא בצקות או סמני DVT

רגישות לתרופות

שם התרופה
PENICILLIN G SODIUM
תאריך רישום
01/02/2018

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

הופק ע"י דר' צייטלין אילן 19/04/2024 01:27

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: רייך שם פרטי: זהבה כתובת: השלום 53 באר שבע 8442433 טלפון: 0522629601 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 11/12/1935 תעודת זהות: 333610 מין: נקבה גיל: 88 שם האב: דוד	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלר"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רותם חבר טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 20:26 18/04/2024 מספר ביקור: 2024088900 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	--	--

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	סטורציה	חום PO	VAS
20:40 18/04/2024	108	215/103	98	36.6	
20:39 18/04/2024					6

מהלך ודיון

נרשם ע"י: דר' צייטלין אילן מ.ר. 168059, מיון אורתופדי

תאריך עדכון: 01:25 19/04/2024

דיווח / דיון: בת 88 ברקע מחלת לב איסכמית, אסטמה קלה, התסיידות מתסם מיטרלי, ירידה בראייה בעין שמאל על ק מתהלכת עם מקל הליכה.

ההית מעורבת בתאונת דרכים, כאשר רכב לא בלם ופגע בברך ימין.

מתלוננת על כאבים בקרסול ובברך ימין

מתקשה לדרוך ולשאת משקל.

בבדיקה:

יציבה הימודנת ונשמטית

מדדים חיוניים בגדר הנורמה

רגישות במישוש ברך ימין, רגישות בקרסול ימין, נפיחות קלה בקרסול בחלק הלטרלי, ללא רגישות גרמית ברורה, רגיש יותר באזרו

ה-ATFL.

מניע קרסול עם מעט הגבלה בטווחים משני לכאבים, הנעת ברך כאובה.

בצילום- שבר משטח טיבאלי מימין SZ 2.

בצילום קרסול ספק שבר תלישה של פטישון לטרלי.

הושלם CT-שבר משטח טיבאלי SZ 2.

עם קריסה גדולה.

הושם מקבע ברך TSCOPE נעול.

בוצעה זריקת קרוסיה

יחד עם תורן בכיר, בוצעה שיחה עם המטפולת, והוסבר על טיפול ניתוחי. הוסבר כי שבר מסוג זה דורש טיפול לקיבוע, אך בגילה יש צורך בדיון צוות עקב הסבירות כי גם TKR יוכל להתאים בהמשך.

מטפולת בשלב זה אינה מעוניינת בניתוח כלשהו כלל, על כן, הוחלט על שחרורה והמשך דיון צוות בשאלה זו.

הושמה חבישה אלסטית מרופדת לקרסול שמאל.

המלצות:

הופק ע"י דר' ציטלין אילן 19/04/2024 01:27

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: רייך שם פרטי: זהבה כתובת: השלום 53 באר שבע 8442433 טלפון: 0522629601 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 11/12/1935 תעודת זהות: 333610 מין: נקבה גיל: 88 שם האב: דוד	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלר"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רותם חבר טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 20:26 18/04/2024 מספר ביקור: 2024088900 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	--	--

המשך מעקב רופא מטפל
 נגד כאיבם ע"פ הצורך
 הנעה לפי יכולת של קרסול ואבצעות
 ללא דריכה על רגל ימין
 טיפול בזריקות קרסיה 40 מ"ג פעם ביום, עד לחזרה לדריכה מלאה.
 ביקורת בעוד שבועיים במרפאת טראומה אורטופדית, יש לקבוע תור 086403785
 בכל החמרה יש להגיע לבדיקת רופא
 רפאוה שלמה!

נרשם ע"י: דר' קוקייב איוון מ.ר. 158453, מיון כירורגי

תאריך עדכון: 22:11 18/04/2024

דיווח / דיון: אירוע דריסה חבלת גפיים
 עוברת למיון אורטופדי
 צילום חזה תקין

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	
Drug Dosage: 0.5 ml	SRG	18/04/2024 22:18	Once Rate from nurse:0	IMOVAX-DIPH.TETA .ADULT VAC SRG 0.5 ml	IntraMuscular
Drug Dosage: 1250 mg	SYR	19/04/2024 00:27 אמדור אנה מ.ר. 239706	Once Rate from nurse:0	V-DALGIN 1.25g/5mL SYR 1250 mg	Oral

סיכום

ללא בעיה כירורגית חריפה.
 משתחררת במצב כללי טוב, עם המלצות הבאות:

1. המשך מעקב רופא מטפל
2. מנוחה, נגד כאבים לפי הצורך
3. בכל החמרה לפנות לבדיקת רופא עוברת למיון אורטופדי

תרופות מומלצות להמשך טיפול

הופק ע"י דר' צייטלין אילן 19/04/2024 01:27

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: רייך שם פרטי: זהבה כתובת: השלום 53 באר שבע 8442433 טלפון: 0522629601 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 11/12/1935 תעודת זהות: 333610 מין: נקבה גיל: 88 שם האב: דוד	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלר"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רותם חבר טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 20:26 18/04/2024 מספר ביקור: 2024088900 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
---	---	---

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	עלולה להתפתח תלות בתרופה. בשימוש מעל 7 ימים יש להתייעץ עם רופא המשפחה.			14 ימים	1 X 3 ביום	1 cap	Oral	ROKAcet PLUS (PARACETAMOL, CAFFEINE, CODEINE PHOSPHATE)
✓	ביו-סימילאר של התרופה clexan. לא ניתן להחליף בין התרופות. התרופה אינה מיועדת לשימוש בנשים מניקות או בהריון.			14 ימים	1 X 1 ביום	40 mg	SubCutaneous	CRUSIA PREFILLED (ENOXAPARIN)

רופא אחראי

רופא: דר' קריספיל יונתן מ.ר.145728

רופא: דר' צייטלין אילן מ.ר.168059

רופא: דר' קוקייב איוון מ.ר.158453

רופא: אמין עאבד

חתימה: _____

נחתם ע"י: דר' צייטלין אילן מ.ר.168059



מספר רשיון 23564
טלפון 08-6251222
פקס 08-6251228
מחוז דרום

ד"ר יאנה רחמילביץ'
רפואת משפחה
הנרייטה סולד, 1 באר שבע
השלום - באר שבע

שם הרופא
תחום
כתובת
מרפאה

תאריך: 13/05/2024

סיכום מידע רפואי

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:	רייך זהבה	מס זהות:	00003336104	גיל:	88.05	מין:	נ
ת.לידה:	11/12/1935	ישוב:	באר שבע	רחוב:	השלום	טלפון נוסף:	52- 3433623	מס בית:	3 / 53
טלפון:	52- 2629601	מס בית:	3 / 53	טלפון:	52- 2629601	מס בית:	3 / 53	טלפון:	52- 2629601

18/04/2024

תאריך תאונה

סוג תאונה

1 תאונת דרכים

מיועד ל- כל המעוניין

נרשם על סמך הרשום בתיק

משקל 85kg גובה 160cm לחץ דם 140 / 70 B.P מעשן בעבר bmi 33.20

אבחנה -מצב בריאותי

Current Diagnoses

בעיות פעילות

ת.גילוי	איפיון	בעיה
		HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/02/2003		ANXIETY DISORDER/ANXIETY STATE
01/02/2003		CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE
01/05/2004		VARICOSE VEINS
01/06/2004		HYPERTENSION ESSENTIAL
01/06/2004		HYPOTHYROIDISM
01/06/2005	BE	SENILE MACULAR DEGENERATION
01/06/2005	BE	INSERTION OF PROSTHETIC LENS (PSEUDOPHAKOS)
01/01/1950		PSORIASIS
01/09/2007	ANTRAL	GASTRITIS
01/04/2009		GLAUCOMA
01/01/2010		POLYMYALGIA RHEUMATICA
01/08/2012		BMI >30
01/01/2013		FRACTURE VERTEBRAL COLUMN
01/01/1958		SMOKER
04/05/2015		SUBDURAL HEMORRHAGE FOLLOWING TRAUMA
16/01/2022		SHOULDER SYMPTOMS/COMPLAINTS
07/03/2022		OSTEOARTHRITIS OF KNEE
18/04/2024	rt	FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED
18/04/2024	rt	FRACTURE TIBIA
18/04/2024		ACCIDENT/INJURY; NOS

Past Diagnoses

בעיות עבר

ת. סיום	ת. גילוי	איפיון	בעיה
	00/09/1991		SEPTO-LATERAL WALL ISCHEMIA
			ULCER DUODENAL
00/01/2001	00/01/2001		SMOKER P/H
00/00/2019	00/00/2019		SMOKER

Sensitivities to Drugs

רגישויות ואו תופעות לוואי

חומרה	נמסר ע"י	תגובה	רגישות ל
	רופא	ישננות	VENLAFAXINE HCL XR TAB 150MG 150mg

Penicillin G.

מידע ישן

Other Sensitivities

רגישויות אחרות

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום מידע רפואי

13/05/2024

הודפס ע"י ד"ר יאנה רחמילביץ'

00003336104

רייך זהבה

- 15 -

הודפס מאתר כללית ב-15.05.2024 בשעה 15:05 בעבור זהבה רייך. תעודת זהות: 00003336104.

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
אין רגישות ל פניצילין - לקחה מוקסיפן	ללא תופעות לוואי	

Medications

תרופות קבועות

תרופה	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
VENLAFAXINE HCL XR TAB 75MG 75MG	1	טבליות	2	ביום
TROSPIMUM CHLORIDE TAB 30MG 30 30MG	1	טבליות	1	ביום
LOSARTAN POTASSIUM 50 MG TAB 50MG	1	טבליות	2	ביום
LEVOTHYROXINE ELTROXIN 50MCG 50MCG	1	טבליות	1	ביום
LEVOTHYROXINE ELTROXIN 100MCG 100MCG	1	טבליות	1	ביום
CONTROLOC (N) 20MG TAB 20MG	1	טבליות	2	ביום
OVESTIN VAGINAL CREAM 1MG/G		מריחה	2	בשבוע
WELLBUTRIN XR 300MG (M) TAB 300MG	1	טבליות	1	ביום
XALACOM COL	1	טיפות	2	ביום
COLECALCIFEROL TAB 1000UNIT 1000UNIT	1	טבליות	1	ביום
MICROPIRIN 75MG TAB 28 75mg	1	טבליות	1	ביום
VERAPAMIL 80 MG TAB 80MG	1	טבליות	2	ביום
LIPITOR 40MG TAB 40mg	1	טבליות	1	ביום
SERETIDE DISK INH 50MCG/250MCG 50mcg/250mcg	1	שאפות	2	ביום
CALCIUM CARBONATE-VITAMIN D3 C CF	1	טבליות	1	ביום
BROTIZOLAM 0.25MG TAB 0.25mg	1		1	ביום

הערות סובלת משבר בקרסול ימין אחרי תד רגל נמצאת בסד מרותקת לבית וכיסא זקוקה לעזרה בכול adl מצב החמיר במשך חודש אחרון

נחתם דיגיטלית

23564

ד"ר יאנה רחמילביץ'

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

רישום רפואי זה כפוף לתנאים להלן:

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי על שמו של הנ"ל במרפאה הכללית. רישומים אלה מבוססים על מידע שנמסר לרופא המטפל ע"י הנ"ל ו/או על מידע בדבר תוצאות בדיקות.

קופת חולים, רופאה, עובדיה וכל מי שפועל מטעמה אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו מפי הנ"ל או מפי אפוסטרופס/יו של הנ"ל שלגביו ניתן אישור זה או אם ביקור, טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי על שמו של הנ"ל.

כמו כן אין הם אחראים על תוצאות משגה או רשלנות בטיפול שיבוצע בנ"ל ע"י צד ג', על סמך אישור זה.

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית



Dr. Korngreen Amir

Orthopaedic Surgeon

License number 15869

Head of Orthopaedic Trauma Unit in Orthopaedic
department in Soroka Medical Center (Emeritus)

Moshav Teashur, 46 D.N. Negev 8539800 Israel

Tel: 054-313-1334 Fax: 08-9987045 mobile: 054-4686216

Email: Korngreen@walla.com

ד"ר קורנגרין עמיר

אורתופד מנתח

מס' רשיון מומחה 15869

מנהל היחידה לטראומה אורתופדית במחלקה
האורתופדית במרכז הרפואי סורוקה (בדימוס)

מושב תאשור משק 46 ד.נ. נגב 8539800

טל. 054-313-1334 פקס. 08-9987045 נייד: 054-4686216

תאריך: 24/4/23

שם: ד"ר קורנגרין

הנכח: כ"ק להקה.

זה ע

ד"ר קורנגרין, מנתח אורתופדי, ד"ר

פזנר - מפקד של הפקדון הלאומי זכוכ
ומן. השכר של שקיעה - פתח של צבא

וואלס זהבאור - קול הדבראור - של צבא

הבאור - להוציא הבין דילק סכ צ'א

פזנר, קולור מלח והלח - בלח - הסלח

הן להלח קול פזנר' ע הלח הבין
הן קול פזנר - להלח - להלח

זכוכ זכוכ שלח ים, זכוכ, וזכוכ להלח

זכוכ פזנר הן להלח זכוכ ע פזנר.

ד"ר עמיר קורנגרין
אורתופד מומחה
מס' רשיון מומחה 15869
מנהל היחידה לטראומה
אורתופדית במרכז הרפואי סורוקה (בדימוס)

25/05/2025 09:37 הופק ע"י גרבר אדוארד

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: רייך שם פרטי: זהבה כתובת: השלום 53 3 באר שבע 8442433 טלפון: 0522629601 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 11/12/1935 תעודת זהות: 333610-4 מין: נקבה גיל: 89 שם האב: דוד	מנהל המלרד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית צפורה גויטע טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 25/05/2025 07:40 מספר ביקור: 2514669601 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	--	--

סיום טיפול במלרד: שחרור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
אבחנה	78702			✓			
NAUSEA ALONE							

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בחילות

רגישות לתרופות

שם התרופה: PENICILLIN G SODIUM
תאריך רישום: 01/02/2018

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	סטורציה באוויר חדר	PO2	VAS
07:48 25/05/2025	93	135/67	99	36.2	1

מהלך ודיון

נרשם ע"י: גרבר אדוארד מ.ר. 148055, מיון כירורגי

תאריך עדכון: 08:22 25/05/2025

דיווח / דיון: מטופלת בת 89 עם רקע רפואי עשיר.

רקע ניתוחי:

אושפזה בכירורגיה במוסדנו ב. 6-7/12/2024 עם תמונה של SBO, טופלה שמרנית עם זונדה צום ונוזלים, השתפרה ושוחררה. ב. 10.12 פנייה חוזרת למחלקתנו, ב. CT בטן חסימת מעי דק עם הדגמת איזור מעבר בסמוך לדופן בטן קדמי. עברה ניתוח כריתת מעי דק בשל ISCHEMIA, כריתת מעי עם השקה, ושחרור הידבקויות. לאחר ניתוח קיבלה טיפול שמרני, הוכנסה זונדה מספר פעמים, עברה צילומים בטן-סימני SBO חוזר.

הופק ע"י גרבר אדוארד 25/05/2025 09:37

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

מנהל המלרד"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית צפורה גויטע טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 07:40 25/05/2025 מספר ביקור: 2514669601 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL	תאריך לידה: 11/12/1935 תעודת זהות: 333610-4 מין: נקבה גיל: 89 שם האב: דוד	שם משפחה: רייך שם פרטי: זהבה כתובת: השלום 53 3 באר שבע 8442433 טלפון: 0522629601 סוג דם: גורם מממן: כללית
---	---	--

במהלך האשפוז תחת טיפול TPN הוחלט על ניתוח נוסף בשל תמונה של PARALITIC ILEUS. 23.12.24 ניתוח במהלכו בוצעה אנטרוטומיה במעי הדק וסקשן של כל תוכן המעי הדק. הוכנסה זונדה בריאטרית כרקטל טיוב דרך פי הטבעת עם יציאה של תוכן צואתי מימי ונעשתה שטיפת בטן. בוצעה סגירה זמנית עם אבטרה והועברה לטיפול נמרץ פנימי. 24.12.2024 - במסגרת חדר ניתוח בוצעה קולונסקופיה על מנת להעריך איסכמיה. ללא עדות לאיסכמיה. תמונה מתאימה ל-MELANOSIS COLI. הנחת רקטל טיוב תחת הנחיה של קולונסקופ, חלל בטן ללא נוזל מוגלתי. אנטרוטומיות תפורות היטב ללא דלף. נוזל תגובתי בכמות קטנה. קולון רחובי מאוד רחב - לא מאפשר סגירת בטן בטוחה, הנחת אבטרה. #בטיפול נמרץ- טופלה אנטיביוטית ברוצפין פלג'יל, לאחר מכן הוחלף למרופנס +גנטמיצין צמיחות מתרבית כיח- E.COLI, KLEB.PNEUMONIA. 27.12.2024 ניתוח נוסף להסרת אבטרה. מראה מעי בשיפור מניתוח קודם. הוחלט לא להוציא סטומה ולא לכרות מעי גס. סגירת בטן VAC

מחלה נוכחית:

מיום טרם קבלתה סובלת מבחילות, ללא הקאות. ללא כאבי בטן. יציאה אחרונה אתמול לדבריה תקינה מציינת כי לאור ההיסטוריה הניתוחית מודאגת מאוד שמה התסמינים הנ"ל עם "התחלה" של מצב מורכב יותר. אך קלינית מציינת כי מרגישה טוב סה"כ. שוללת חום. ללא שינוי במצבה הבריאותי לאחרונה. ניזונה בתזונה קפדנית לפי תפריט דיאטנית

בקבלתה במצב כללי טוב
מדדים חיוניים תקינים
בטן - רכה, אינה רגישה, לא תפוחה.
צלקות ניתוחיות במראה תקין

צילום בטן ללא עדות לחסימת מעי.

סיכום- מטופלת עם היסטוריה ניתוחית מורכבת
כעת מגיעה עקב בחילות קלות ללא הקאות, יציאות תקינות
ללא כאבי בטן כלל

בשלב זה ללא רושם לבעיה כירורגית חריפה
במידה ומעבדה תקינה- שחרור

סיכום

הופק ע"י גרבר אדוארד 25/05/2025 09:37

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: רייך שם פרטי: זהבה כתובת: השלום 53 3 באר שבע 8442433 טלפון: 0522629601 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 11/12/1935 תעודת זהות: 333610-4 מין: נקבה גיל: 89 שם האב: דוד	מנהל המלרד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית צפורה גויטע טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 25/05/2025 07:40 מספר ביקור: 2514669601 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	--	--

בת 89 עם היסטוריה ניתוחית מורכבת מתקבלת עקב בחילות קלות ללא הקאות, יציאות תקינות ללא כאבי בטן כלל. ללא חום או תלונות נוספות.

בדיקת הבטן - רכה לחלוטין אינה רגישה, צלקות ניתוחיות במראה תקין. מעבדה: ספירה תקינה. כימיה - ללא מדדי דלקת מוגברים. קראטינין 1.3 (בסיס סביב 1) יחס פרה רינאלי צילום בטן ללא עדות לחסימה. צילום חזה - עמדת סרעפת מורמת משמאל

במלרד טופלה בנוזלים + קונטרולוק

רושם כי מדובר בתסמינים ממקור פפטי/ יתכן לאור בקע שרעפתי ידוע בשלב זה ללא רושם לבעיה כירורגית חריפה לאור האמור - אין אינדיקציה להמשך בירור במסגרת המלרד

משתחררת עם ההמלצות הבאות:

המלצות

המלצה: -המשך מעקב רופא מטפל. שתייה של 8 כוסות מים ביום לפחות מעקב תפקודי כליות בכל מקרה של החמרה - נא לשוב לבדיקת רופא בהקדם

רופא אחראי

רופא: גרבר אדוארד מ.ר. 148055

תוצאות מעבדה באירוע

בדיקות *	ערכי ייחוס	25/05/25 08:35	25/05/25 08:28
המטולוגיה			
HB	gr/dL 12.0 - 16.0		14.0

25/05/2025 09:37 הופק ע"י גרבר אדוארד

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

מנהל המלרד"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית צפורה גויטע טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 25/05/2025 07:40 מספר ביקור: 2514669601 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL	תאריך לידה: 11/12/1935 תעודת זהות: 333610-4 מין: נקבה גיל: 89 שם האב: דוד	שם משפחה: רייך שם פרטי: זהבה כתובת: השלום 53 3 באר שבע 8442433 טלפון: 0522629601 סוג דם: גורם מממן: כללית
---	---	--

* בדיקות	ערכי ייחוס	25/05/25 08:35	25/05/25 08:28
HCT	% 37.0 - 47.0		42.6
RBC	*10 ⁶ /ul 4.20 - 5.40		4.65
MCV	fL 80.0 - 94.0		91.6
MCH	pg 27.0 - 31.0		30.1
MCHC	gr/dL 33.0 - 37.0		32.9 ↓
RDW-CV	% 11.5 - 14.5		14.8 ↑
RDW-SD	fL		49.5
WBC	*10 ³ /ul 4.80 - 10.80		7.75
NEUT.abs	*10 ³ /ul 1.90 - 8.00		4.34
LYMP.abs	*10 ³ /ul 0.90 - 5.20		2.19
MONO.abs	*10 ³ /ul 0.16 - 1.00		0.84
EOS.abs	*10 ³ /ul 0.00 - 0.80		0.31
BASO abs	*10 ³ /ul 0.00 - 0.20		0.07
NEUT%	%		56.0
LYM%	%		28.3
MONO%	%		10.8
EOS %	%		4.0
BASO %	%		0.9
NORMOBLAST.abs	*10 ³ /ul		0.01
NORMOBLAST.%	%		0
PLT	*10 ³ /ul 130 - 400		229
MPV	fL 7.1 - 11.1		10.1
PCT	%		0.2300
ביוכימיה			
HEMOLYTIC	mg/dL 0 -	0	
ICTERIC	mg/dL 0 -	0	
LIPEMIC	mg/dL 0 -	0	

הופק ע"י גרבר אדוארד 25/05/2025 09:37

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

מנהל המלרד: ד"ר שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית צפורה גויטע טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 25/05/2025 07:40 מספר ביקור: 2514669601 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL	תאריך לידה: 11/12/1935 תעודת זהות: 333610-4 מין: נקבה גיל: 89 שם האב: דוד	שם משפחה: ריין שם פרטי: זהבה כתובת: השלום 53 3 באר שבע 8442433 טלפון: 0522629601 סוג דם: גורם מממן: כללית
---	---	--

* בדיקות	ערכי ייחוס	25/05/25 08:35	25/05/25 08:28
GLUCOSE	mg/dL 70 - 100	118 ↑	
UREA	mg/dL 17.0 - 43.0	45.9 ↑	
CREATININE	mg/dL 0.51 - 0.95	1.30 ↑	
BILIRUBIN TOTAL	mg/dL 0.30 - 1.20	0.66	
BILIRUBIN-DIRECT	mg/dL 0.00 - 0.20	0.13	
BILIRUBIN INDIRECT	mg/dL	0.53	
SODIUM	mEq/L 135 - 145	137	
POTASSIUM	mEq/L 3.5 - 5.1	4.7	
CHLORIDE	mEq/L 98 - 106	99	
CALCIUM	mg/dL 8.80 - 10.60	9.70	
PHOSPHORUS	mg/dL 2.5 - 5.0	4.2	
MAGNESIUM	mg/dL 1.6 - 2.6	2.1	
ALK. PHOSPHATASE	U/L 30 - 120	84	
AST (GOT)	U/L 0 - 31	24	
ALT (GPT)	U/L 0 - 34	17	
GGT	U/L 0 - 38	19	
AMYLASE	U/L 28 - 100	29	
LIPASE	U/L 0 - 67	10	
אימונו-סר			
C-REACTIVE PROTEIN	mg/dL 0.02 - 0.50	0.37	

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

הופק ע"י גרבר אדוארד 25/05/2025 09:37

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

מנהל המלרד"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית צפורה גויטע טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 25/05/2025 07:40 מספר ביקור: 2514669601 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL	תאריך לידה: 11/12/1935 תעודת זהות: 333610-4 מין: נקבה גיל: 89 שם האב: דוד	שם משפחה: רייך שם פרטי: זהבה כתובת: השלום 53 3 באר שבע 8442433 טלפון: 0522629601 סוג דם: גורם מממן: כלית
---	---	---

חתימה:

נחתם ע"י: גרבר אדוארד מ.ר. 148055

מסמכים נלווים



הופק ע"י ד"ר שצ'נקוב בוריס מ.ר. 181722 מ.ר. 03/12/2025 11:08

מרפאה אורטופדית
מנהל/ת: ד"ר בנקוביץ ואדים מ.ר. 21905
אח/אחות אחראיים: אוסנת מרגי
מס' ביקור: 3634982001
טלפון: 08-6403785
פקס: 08-6768720

סיכום ביקור מרפאה אורטופדית

שם משפחה:	רייך	ת. לידה:	11/12/1935
שם פרטי:	זהבה	ת. זהות:	333610-4
כתובת:	השלום 53, באר שבע 8442433	מין:	נקבה
טלפון:	0522629601	גיל:	89
סוג דם:		מרפאה:	
מחוז:		שם האב:	דוד
גורם מממן:	דרום		

תאריך הביקור: 03/12/2025 שעת ביקור: 09:48

אבחנות בביקור	Rec	MP	S/P	עיקר	תאריך	צד	קוד	אבחנה
OSTEOARTHRITIS OF KNEE				✓	03/12/2025	Right	715961	
POSTTRAUMATIC								
CLOSED FRACTURE OF UNSPECIFIED PART OF TIBIA						Right	82380	
SZ 2								
FALL ACCIDENT							E8889	

סיבת הפניה/תלונה/מחלה נוכחית

בת 88, חבלת ברך ימין מתאריך 18.4.24. נבדקה במיון סורוקה, עברה CT עם הדגמה של שבר בפלטו טיביאלי צד לטרלי. טופלה שמרנית. עם מקבע ברך. עד כה טרם דרכה. בבדיקה כעת: נפיחות דיפוזית קלה, טווחים כמעט מלאים ללא כאב בזמן הנעה. יציבות הברך שמורה. לפי צילום מתאריך 17.6.24 - קהליה - ללא שינוי בעמדה, סימני חיבור. המלצות: מותרת דרכה מלאה בתמיכת מקל הליכה או קביים. המשך פיסיותרפיה להנעה וחזקת ביקורת וצילום חוזר בעוד חודש וחצי.

21.8.2024

שבה לביקורת.

כעת 4 חודשים לאחר הפציעה.

בביקה - ניטוחן מתהלכת יפה בתמיכת הליכון בצליעה קלה על רגל ימין. ללא כאב במישוש. טווח תנועה כמעט מלא - חוסר יישור קלך של כ-10 מעלות בלבד. ללא כאב בולט בהנעה. ללא חוסר NV דיסטאלי. בצילום - שבר מתחבר היטב בעמדה מקובלת.

המלצות:

- פיזיותרפיה - תרגול הליכה בדריכה מלאה ללא הגבלה.
- נוגדי כאב לפי הצורך.
- ביקורת חוזרת לפי הצורך.

3/12/2025

שבה לביקורת

מלינה על כאבים מתמידים ברגל ימין וביד ימין. לצין כי לפני כשנה וחצי, עקבות התאונה, נותרה עם פגיעה משמעותית ביכולת התפקוד ונזקקת לליווי וטיפול צמוד. סובלת מכאבים עזים בכל הגוף הימני. מרותקת לכסא גלגלים ולמיטתה במשך רוב שעות היום בשל העובדה שמתקשה מאוד בניידות. נאלצת להשתמש בתרופות חזקות נגד הכאבים - שבתון מטשטשות אותה ומפחיתות את יכולת התפקוד שלה עוד יותר. לצין כי בחודשים האחרונים עברה סדרת ניתוחי מעיים בשל חסימות מעי חוזרות - ייתכן ויש קשר בין החסימות לירידה בניידות ובתפקוד.

בבדיקתה מתניידת בקושי רב עם הליכון

ברך ימין ללא נפיחות

יישור 10 כיפוף 90

כתף ימין הנפה 90 אבדוקציה 90, תנועות כאבוות

ללא חוסר NV

סיכום ביקור מרפאה אורטופדית

מרפאה אורטופדית
מנהלת: דר' בנקוביץ' ואדים מ.ר. 21905
אח/אחות אחראיים: אוסנת מרגי
מס' ביקור: 3634982001

שם משפחה: רייך
שם פרטי: זרבה
סוג דם:
תאריך לידה: 11/12/1935
ת. זהות: 333610-4
שם האב: דוד

צילום שיניים ארתריטיס קשים במדור לטרלי של ברך ימין
שוחחתי עם המטופלת לגבי אפשרויות הטיפול השונות - הסברתי כי למעשה הפתרון היחיד שיכול אולי להקל על מצבה הוא ניתוח להחלפת מפרק הברך. הסברתי כי לאור גילה ומצבה הרפואי הנכחי אני לא ממליץ על ביצוע הניתוח.
מבינה ומסכימה.

המלצות
לאור כאבים מתמידים, קשיים בניידות ובביצוע פעולות ADL - זקוקה לעזרה צמודה ומירבית.
משככי כאבים
פיזיותרפיה - חיזוק שרירים סביב הברך הברך QUAD HAMSTRINGS, שיפור יציבות
דריכה לפי יכולת
משככי כאבים לפי הצורך
ביקורת חוזרת במידת הצורך

ניתוחים בעבר	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
במות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד
		25/04/2015		20125	Diagnosis: , OTHER CRANIECTOMYAction: RT PARIETAL MINICRANIECTOMY
		25/04/2015		201390	Diagnosis: , EVACUATION OF INTRACEREBRAL HEMATOMAAAction: DRAINAGE OF HEMATOMA
		18/09/2019	Left	28221	Diagnosis: , EXCISION OF LESION OF TENDON SHEATH OF HAND Action: , EXC OF GANGLION PIP4
		18/09/2019	Left	28175	Diagnosis: , ARTHROPLASTY CARPOCARPAL/CARPOMETACARPAL JOINT WITHOUT IMPLANT Action: , DORSAL OSTEOPHYTE EXC HEAD PROX PH 4TH
		10/12/2024		25451	Diagnosis: , LAPAROSCOPIC LYSIS OF PERITONEAL ADHESIONS
		10/12/2024		24562	Diagnosis: , OTHER PARTIAL RESECTION OF SMALL INTESTINE
		23/12/2024		25412	Diagnosis: , REOPENING OF RECENT LAPAROTOMY SITE Action: , EXPLORATORY LAPAROTOMY
		23/12/2024		29357	Diagnosis: , APPLICATION OF OTHER WOUND DRESSING
		23/12/2024		29609	Diagnosis: , INSERTION OF RECTAL TUBE
		23/12/2024		25425	Diagnosis: , PERITONEAL LAVAGE
		23/12/2024		24673	Diagnosis: , SUTURE OF LACERATION OF SMALL INTESTINE, EXCEPT DUODENUM
		24/12/2024		25412	Diagnosis: , REOPENING OF RECENT LAPAROTOMY SITE
		24/12/2024		29357	Diagnosis: , APPLICATION OF OTHER WOUND DRESSING
		24/12/2024		24523	Diagnosis: , COLONOSCOPY, FLEXIBLE FIBEROPTIC COLONOSCOPY
		24/12/2024		29609	Diagnosis: , INSERTION OF RECTAL TUBE
		24/12/2024		25425	Diagnosis: , PERITONEAL LAVAGE
		27/12/2024		25463	Diagnosis: , OTHER SUTURE OF ABDOMINAL WALL

מחלות מדבקות וחידקים עמידים

סוג מחולל	מועד לקיחת דגימה	מקום לקיחת הבדיקה	מקור הימצאות המחולל	מועד קבלת תוצאה	סטטוס	מקור הנתונים	תוקף
NON CPE	11:21 31/12/2024			09:47 02/01/2025	נשא	מעבדה	

סיכום ביקור מרפאה אורטופדית

מרפאה אורטופדית
מנהלת: דר' שצ'בנקוב בוריס מ.ר. 21905
אח/אחות אחראיים: אסנת מרגי
מס' ביקור: 3634982001

תאריך לידה:	11/12/1935	רצף:		שם משפחה:	
ת. זהות:	333610-4	זהבה:		שם פרטי:	
דוד:		שם האב:		מס' דם:	

מקור הדיח	non cpe	09-04 25/12/2024	מסא	מעבדה
ESBL	00:00 23/12/2024			
מקור הדיח	Possible ESBL			

רגישות לתרופות

שם התרופה: PENICILLIN G SODIUM
תאריך רישום: 01/02/2018

לא ידועה רגישות לחומרים

מסמכים נלווים

דיווח פעולות:

קוד שירות: 70017
כמות: 1
פעולה: *בדיקת רופא אורתופד במרפאה
תאריך: 10:59 03/12/2025
נרשם ע"י: דר' שצ'בנקוב בוריס מ.ר. 181722

חתימה דיגיטלית

רופא מטפל:	רשיון:
דר' שצ'בנקוב בוריס	181722

חתימה דיגיטלית:

סורוקה מרכז רפואי
דר' שצ'בנקוב בוריס
מתמחה בכירורגיה אורתופדית
מ"ר 181722
חתימה:

נחתם ע"י: דר' שצ'בנקוב בוריס מ.ר. 181722

המכתב הודפס על ידי דר' שצ'בנקוב בוריס 03/12/2025 11:08

חיוני אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.



נספח 3 :

הוצאות הסכם העסקת עובדת זרה ותלויים

(עמודים 28 עד 63)





אמבולנס לוי

שרותי אמבולנס פרטי באר-שבע

העברת חולים לכל חלקי הארץ • פינוי נפטר • סידורי קבורה • הסעות נכים

מוקד רח' מיכאל הנגבי 12/1 ב"ש. טל: 03-6-109-654. פקס: 017-16-20-077

טקסט מורשה לעניין מע"מ מס' 038680823

מקור

חשבונית מס' / קבלה מס' 5729

17.6.24

תאריך

103

ליידיה כ"ק

לכבוד

5313

כתובת

הסכום בש"ח	פרטים
800	נשיאת מיטה
	לק"מ ג' / חלוקה
	הכשרה
	סה"כ לפני מע"מ
	מע"מ %
800	סה"כ כולל מע"מ

לפוס בת יוסף בע"מ סל: 08-6277178

צ"ק מס' בנק

ש"ח

סך

ז"פ

ש"ח

800 (במזומן)

63 חתימה



אמבולנס לוי

שרותי אמבולנס פרטי באר-שבע

לשכת

• העברת חולים לכל חלקי הארץ • פינוי נפטרין
• סידורי קבורה • הסעות נכים

מוקד רח' מיכאל הנגבי 017-170-170, טל: 054-109-654, פקס: 017-16-34-077

עוסק מורשה לערוץ תע"מ מס' 058680223

מוקד

5678

חשבונית מס' / קבלה מס'

0200

19.4.24

תאריך

לפניך היום

לכבוד

53/3

כתובת

הסכום בש"ח		פרטים
600	✓	נסיעה מסלול קצ
		אל בית
		סה"כ לפני מע"מ
		מע"מ %
600	✓	סה"כ כולל מע"מ

בנק

צ"ק מס'

ש"ח

סך

ו"פ

ש"ח

600-

במזומן

63

חתימה



אמבולנס לוי

שרותי אמבולנס פרטי באר-שבע

• העברת חולים לכל חלקי הארץ • פינוי נפטרין
• סידורי קבורה • הסעות נכים

מוקד רח' מיכאל הנגבי 12/1 ב"ש, טל: 08-5-109-554, פקס: 077-20-16-017

מוקד

קוסיק מורשה לעניין מע"מ מס' 038680823

חשבונית מס' / קבלה מס' 5702

6.5.24

תאריך

1100

לכבוד 5702

כתובת השרון 53/3

הסכום בש"ח	פרטים
900-	נסעים אל ק"מ
	אלהים יתמיד
	סה"כ לפני מע"מ
	מע"מ %
900-	סה"כ כולל מע"מ

צ"ק מס' בנק

ז"פ סך ש"ח

ש"ח 900- במזומן

63 ה' 63 חתומה



אמבולנס לוי

שרותי אמבולנס פרטי באר-שבע

- העברת חולים לכל חלקי הארץ • פינוי נפטרם
- סידורי קבורה • הסעות נכים

מוקד רחי מיכאל הגובי ו/12 ב"ש טל: 08-6-189-654 פקס: 017-20-16-077

עוסק מורשה לעניין מע"מ חסי 038680823

מקור

5732

חשבונית מס' קבלה מס'

23.6.24

תאריך

לכבוד ליבה כ"ק
כתובת הקלאר 53/3 נ"ל

הסכום בש"ח		פרטים
800	-	נס' צה אית בוח
		ול סלקה
		אחלה פמולה
		סה"כ לפני מע"מ
		מע"מ %
800	-	סה"כ כולל מע"מ

בנק

צ"ק מס'

ש"ח

סך

ד"פ

ש"ח

800 -

במזומן

חתימה

הודעת חוב 105199274

דרישה לתשלום חוב

בהתאם למעשים 4 ו-5 לפקודת המיסים (גבייה)

ביום 18/04/24 סיבצ'ה רייד וחבה ת.ו. 3336104 שירות ספורט סימול נ/אוי פיווי באמבולנס רגיל של
מדי"א. סכום החוב בגין שירות זה עומד על סך 572.00 ש"ח
ומאוחד נבדקה מיל קופת החולים (כולל ביטוח משלום) ונמצא על ידה כי אינך זכאי/ת להשתתפות
מצידה.

את הודעת חוב זו יש להסדיר עד 24/07/2024.

ניתן להסדיר את הודעת החוב בדרכים חלופיות:

- בכל בנק באמצעות הודעת חוב/כוכב שבסמך מכתב זה.
- משלוח הסמך לפקודת מגן דוד אדום בלבד, בצירוף מכתב זה, לרחוב המלכה 5, אור יהודה.
- באמצעות כרטיס אשראי.

- טלפונית - דרך מוקד תגבייה של מדי"א בטל' 1-800-390-101.
- דרך האינטרנט - באתר האינטרנט של מדי"א www.mdaia.org.

*** במידה והסדרת את חובך אנא ראה הודעה זו מבוטלת! ***

בכבוד רב,
הממונה על תגבייה
מגן דוד אדום בישראל

תשלום חובכם למדי"א יאפשר לנו להמשיך
במלוא הכוח ויסייע לנו בהצלת חיים.

ליקוי אהוד

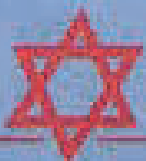
הודעת חוב מס' 105199274

חתימה וזיהומת הבנק

הסכום לתשלום



572.00



מגן
דוד
אדום
בישראל

הודעת חוב מס' 105199274

ד. חוב

62-02917

לזכות חשבונו בבנק לאומי בישראל בע"מ, סניף 179 החשמונאים חש' 08

אורח נכבד,

למחיוותך תשלום זה ניתן
לשלום בנק סניפי הבנק
בארץ רגיל בנק הדואר

ניתן לשלם גם באתר האינטרנט

תשלום עד 24/07/2024

סכום לתשלום

572.00

מדינת ישראל
רשות האוכלוסין וההגירה
State of Israel
Population and Immigration Authority

נספח 5.3.0602

בקשה להארכת רישיון ישיבה לעובד זר בענף חסינות
Application for the extension of permit of residence

פרטי העובד הזר / Particulars of Applicant			
שם האם / Mother's name	שם האב / Father's name	שם פרטי / Given name	שם המשפחה / Family name
Illoza	ernesto	Analyn	Montealto
מספר הדרכון הישן / Old Passport Number	בתוקף עד / Valid until	האזרחות / Citizenship	מספר הדרכון החדש / New Passport Number
	10/03/2030	פיליפינים	p5097723b
נמצאת בישראל / In Israel	פרטים של בן/בת הזוג / husband/Particulars of wife	מצב משפחתי / Family status	תאריך הלידה / Date of birth
Yes - כן ☐ No - לא ☐		רווקה	15/12/1986
		פיליפינים	

המען בישראל / Address in Israel	
מספר הטלפון / Telephone No	רחוב ומספר הבית / Street and house no.
0552819767	דרך השלום 53 דירה 3
	העיר / Town
	באר שבע

המען הקבוע בחו"ל / Permanent address abroad	
מספר הטלפון / Telephone No	רחוב ומספר הבית / Street and house no.
	העיר / Town

אני מצהיר/ה שהפרטים שנמסרו לעיל נכונים ונמסרו בהכרה שהם נכונים יסוד לדין בבקשתי. כמו כן, אני מצהיר/ה בזה שלא עברתי עבירה פלילית, לא פעלתי נגד העם היהודי ובטחון מדינת ישראל, לא חליתי במחלה העולה לסכסוך או בריאות הציבור, לא קיים נגדי צו מעצר שיפוטי ואיני מבוקש/ת ע"י המשטרה של מדינה כלשהי. I declare that the particulars contained in this application are correct and have been made in awareness of the fact that they are to serve as basis for the consideration of my application. I also declare that I have not committed any criminal offence or any act directed against the Jewish people or the security of the state of Israel and that I am not affected with any illness which might endanger the public health. There is no judicial warrant of arrest against me and I am not wanted by the police of any country.

חתימת העובד הזר / Signature of Employee
תאריך / Date
המקום / Place

שם המעסיק / Employer Name	מספר זהות של המעסיק / Employer I.D	שם העובד הזר / Employee Name	מס' דרכון של העובד הזר / Employee Passport Number
רי"ר זרבה	003336104	Analyn Montealto	p5097723b

1. מתחייב בזאת לבטח את העובד בביטוח רפואי כמתחייב בחוק ולמסר כל תקופת העסקתו.
2. מבלי לפגוע בכלליהם האמור לעיל הני מצהיר כי באם לא אעשה כן ולא אבטח את העובד אשא בעולות הטיפול ככל שידרש לעובד.
3. הריני לאשר כי הבנתי את האמור לעיל ואני מתחייב כנדרש.
4. אני מודע כי אם לא אעמוד בהתחייבות לעיל אחיה אחראי בלעדי להשלמת מעשי הכל עפ"י הקבוע בחוקי מדינת ישראל.
5. הני מאשר/ת להאריך לעובד/ת הח"ל אשרת שהיה/ה שלא בטוחותי.
- 6.

חתימת המעסיק / Signature of Employer
תאריך / Date
המקום / Place

שם המעסיק / Employer Name	מספר זהות של המעסיק / Employer I.D	שם העובד הזר / Employee Name	מס' דרכון של העובד הזר / Employee Passport Number
רי"ר זרבה	003336104	Analyn Montealto	p5097723b

רשומים ומסופלים בלשכתנו ע"פ החוק.
כחן צו הענין מצהיר:
☒ העובד בוסס על ידי המעסיק בביטוח רפואי כדן.
☒ המעסיק דיווח למוסד לביטוח לאומי על תחילת העסקת העובד.
☒ תובא לידעת העובד/ת בשפות/ה ובחתימת/ה המעסיק/ת בתקנות האגרגציות ומעבר בין מעסיקים (סוסס חתום ומקור: נמצא בתיקון האישי בלשכתנו).
הלשכה הפרטית ממליצה להאריך את אשרת העובד/ת של חזר לתקופה המבוקשת ע"פ חוק.
בנוסף הני מתחייב כי הלשכה תדאג על כל שינוי הקשור להעסקת העובד/ת (עזיבת עובד, פיטורי עובד, פטירת מעסיק וכו') ליחידת טיפול בלשכות תוך 7 ימים מיום השינוי.
על החתום:

חתימת העובד / Signature of Employee
תאריך / Date
המקום / Place

חתימת חברת כוח אדם / Signature of Company Employees
תאריך / Date
המקום / Place



מכתב השמה

אישור על רישום מעסיק ועובד זר בלשכה פרטית בענף הסיעוד Certificate of Placement with Recruitment Agency --- Caregivers and Employers

הנני לאשר כי העובד הזר והמעסיק שפרטיהם מופיעים להלן נרשמו ביום 08/05/2024
בלשכה הפרטית(שם הלשכה הפרטית): יד חרוצים פתרונות סיעוד בע"מ ח.פ. : 513985317 רחוב
ומספר: הרצל 5

עיר: אשקלון מספר טלפון: 08-6726227 מספר פקס: 08-6726226
מספר טלפון לשימוש הנרשמים בשעות בהן המשרד סגור: (להלן: הלשכה הפרטית).

פרטי העובד הזר:

מ/ר/גב' Montealto Analyn בעלת דרכון מספר p5097723b
עיר: באר שבע רחוב ומספר דרך השלום 53 דירה 3
ארץ מוצא: פיליפינים תאריך לידה 15/12/1986 (להלן: העובד)

פרטי המעסיק של העובד הזר:

מ/ר/גב' רינד זחבה ת.ז. 003336104 רחוב ומספר דרך השלום 53 דירה 3
עיר: באר שבע טלפון: 0522629601 (להלן: המעסיק)

במקרים בהם, מחמת מצבו הבריאותי, המטופל נרשם בלשכה באמצעות קרוב משפחה או אפוטרופוס, יש לרשום גם את פרטי
קרוב המשפחה או האפוטרופוס כלהלן:

שם: כתובת: ת.ז. קירבה למטופל: טלפון:

I hereby certify that the following Employer and Foreign Caregiver registered on (date): 08/05/2024
with the Licensed Recruitment Agency(Agency Name): Yad Harutzim LTD
Agency Registration No: 513985317 Agency Address herzel5 , ASHQELON
Agency telephone number: 08-6726227
Agency telephone number for emergency calls: (hereinafter: The Agency)

Caregiver Details:

Mr./Ms Montealto Analyn Passport County PHILIPPINES Passport Number
p5097723b Birthdate 15/12/1986 (hereinafter: the Caregiver).

Employer Details:

Mr/Mrs. I.D. number 003336104 Street Address:
City BE'ER SHEVA (hereinafter: the employer)

**If a family member or official Guardian of the employer registered with the Agency on behalf of the employer,
please include the following information regarding the family member or Guardian:**

Name of Family Member or Guardian: I.D. Number Address:
Telephone Number:

יחידת חרוצים
פתרונות סיעוד בע"מ
ח.פ. 513985317

21/05/2024

תאריך-date

רמי בר

שם מורשה החתימה -
name of agency representative

חתימה וחתימה
מורשה חתימה
מטעם הלשכה הפרטית

8067ב

1/1

המוסד לביטוח לאומי מנהל הביטוח והגבייה מעסיקים סניף <u>באר שבע</u>		
חותמת קבלה		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מס' תיק ניכויים מס' מוג' המסמך 06		

הצהרת מעסיק בדבר העסקת עובד במשק בית

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

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב	003336104
רי"ך	זהבה		
כתובת ופרטי התקשרות			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
דרך השלום 53 דירה 3			
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	מיקוד
	0522629501	באר שבע	8442433
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	

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני, במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי, ישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

פרטי חשבון בנק של המעסיק (לאורך החזרים במידה ויגיעו)

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מס' חשבון
---------	-----------------	----------	-----------

פרטי העובד – נא סמן ☒ עובד זר ☐ תושב ישראל

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	Analyn
Montealto			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי	טלפון נייד	אם העובד הינו זר, נא ציין מספר דרכון	
		p5097723b	

פרטים על העבודה הנוכחית

מועד תחילת העבודה	מס' ימי עבודה בשבוע	מס' שעות עבודה ביום	מקום העסקה
08/05/2024	6	24	בית המעסיק ☒ בית העובד ☐ אחר ☐
סמן את הימים בהם מתבצעת העבודה	משעה	עד שעה	סכום חשכר המשולם בחודש בנ"מ
10000 ש"ח			5880

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

הל 614 (07.2020)

הצהרה

4

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 ודוח בזמן כמפורט לעיל. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הם עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביועץ 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 _____ ר"י זרבה תאריך 15/05/2024 חתימה * ר"י זרבה יוקרה



הצהרה

משרד הפנים
רשות האוכלוסין, ההגירה
ומעברי הגבול
אגף מתייש



מדינת ישראל
State Of Israel

תאריך 15/05/2024

הצהרה של עובד זר
המבקש להירשם בלשכה (רישום ראשוני)

Declaration of foreign worker concerning registration in Manpower Company

פרטי העובד

Worker's details

שם העובד: Montealto Analyn

מס דרכון: p5097723b

טלפון/פלאפון: 0552819767

כתובת:

פרטי הלשכה החדשה

שם הלשכה: יד חרוצים פתרונות סיעוד בע"מ

סמל מעסיק: 201095693

ח.פ.: 513985317

I the undersigned, Montealto Analyn passport Country 131

Passport numbers p5097723b hereby declare that I agree to be registered by the Manpower Company יד חרוצים פתרונות סיעוד בע"מ

I understand that new Israeli regulations require that I be registered at all times in the offices of a licensed Manpower Company which will register with the Government Foreign Worker's Registry.

I understand that if I change employers or leave my employer, I must notify the Manpower Company of the change, so that the Company can notify the Registry.

I understand that I am free to change the Manpower Company in which I am registered, at any time, on condition that I register with another Manpower Company.

Alternately, if I leave my present Manpower Company and I am not registered in another Manpower Company I may register directly with the Government.

I understand that I may not work for any employer while I am registered in the Government Pool, and that I may only work while registered in registered Manpower Company and only for the employer I am sent to by the Manpower Company.

I understand that if I leave my employer without notifying the Manpower Company, or if I leave the Manpower Company without registering in another Manpower Company, I will loose my legal status in Israel, and may be deported.

I understand that the Manpower Company in which I am registered must give me a letter signed by the company, stating the name of my employer, and that if I wish to change employers or manpower companies I must receive a similar letter concerning the new employer of from the new manpower company.

I understand that in the case that my employment is stopped, the Manpower Company in which I am registered is responsible for finding me another employer. In cases in which I unreasonably refuse employment or unreasonably leave an employer, or if I violate my employment contract or the conditions of my visa, this responsibility may be mine.

I understand that the Manpower Company may not charge me any of sum of money whatsoever for registration or for sending me to an employer.

signature

15/05/2024

Date

Witness to signature:

הצהרת מנכ"ל לשכה פרטית :

הנני מצהיר כי העובד הזר Montealto Analyn דרכון מס p5097723b חתם על ההצהרה הנ"ל בפני לאחר שהבין את תוכן הדברים. כמו כן הנני מצהיר כי הבאתי העתק צילומי של טופס זה לידי העובד.

15/05/2024

יד חרוצים
פתרונות סיעוד בע"מ
ח.פ. 513985317

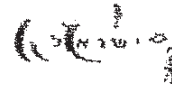
חתימה

תאריך

Ministry of Interior
of Population Immigration
and Border Authority

משרד הפנים
רשות האוכלוסין, ההגירה
ומעברי הגבול
אגף מתייש

מדינת ישראל
State Of Israel



תאריך 15/05/2024

הצהרה של מעסיק
המבקש להירשם בלשכה (רישום ראשוני) - ענף הסייעות

פרטי המטופל

שם המטופל: רינד זהבה
ת.ז.: 003336104
טלפון/פלאפון: 0522629601
היתר מספר: 443017919 בתוקף עד: 31/05/2028

פרטי המעסיק (יש למלא חלק זה רק במקרים בהם המטופל אינו מסוגל לשמש מעסיק).
המעסיק יכול להיות אפוטרופוס חוקי או בן משפחה מקרבה ראשונה המבקש לקבל אחריות
כמעסיק של העובד הזר המטופל בקרוב המשפחה):

שם: _____
ת.ז.: _____
טלפון/פלאפון: _____

פרטי הלשכה החדשה

שם הלשכה: יד חריצים פתרונות סיעוד בע"מ
סמל מעסיק: 201095693
ח.פ.: 513985317

003336104

אני הח"מ, ר"ג זהבה נושא ת.ז. מספר _____
מצהיר בזאת כדלהלן:

סמן אחד :

- א. אני המטופל הנזכר בעל היתר בתוקף להעסיק עובד זר בענף הסיועוד. א
- ב. אני אפוסטרופוס חוקי של המטופל הנזכר ע"פ _____ (מצ"ב).
- ג. אני בן משפחה בדרגה ראשונה של המטופל, ומסכים לקבל אחריות כמעסיקו של עובד זר עבור המטופל מול אותו עובד.
2. ברצוני להירשם בלשכה החדשה לפי פרטיות המופיעים לעיל.
3. ידוע לי כי על פי הנהלים החדשים בענף הסיועוד, כמפורט בהיתר להעסיק את המטופל, לא אחיה רשאי להעסיק עובד זר עבורי/עבור המטופל, אם המטופל ועובדו הזר לא יהיו רשומים בלשכה פרטית אשר תדווח למדור התשלומים ברשות האוכלוסין, ההגירה ומעברי הגבול על העסקת העובד הזר על ידי וכן על כל שינוי בעניין זה.
4. ידוע לי כי העסקת עובד זר בסיועוד ללא שהמעסיק והעובד נרשמו בלשכה, מהווה עבירה על החוק וכן חושף את העובד הזר לסכנת מעצר או חרקה מישראל.
5. ידוע לי כי אני רשאי להחליף את הלשכה בה אני רשום, בתנאי שארשם בלשכה אחרת.
6. ידוע לי כי במקרה שאפטר את העובד הזר המועסק על ידי, או במקרה שהעובד יעזוב או יתפטר מעבודתו, עלי להודיע על כך ללשכה באופן מיידי.
7. אני מסכים כי נציג הלשכה יגיע לביתי/לבית המטופל מפעם לפעם לאחר תיאום מראש לצורך הדרכה, הסברה, בדיקת תנאי העסקת העובד הזר והתאמת העובד לצרכי המטופל, וכן לצורך סיוע בפתרון בעיות שיתעוררו.
8. קיבלתי העתק מסמך זה לידי.

שפחה X חתימת המעסיק

15/05/2024

תאריך

80281

SEC version A (When Employer is the PWD)- Hebrew- English -2024

Update 03042024

Standard Employment Contract-(SEC) Caregiving - Version A-	חוזה העסקה סטנדרטי – עובד זר לסייעוד – נוסח א' –
(When the Person With Disabilities (PWD) is also the employer of the caregiver, please sign this version of the SEC. If the employer of the caregiver is a first degree family member of the PWD, or a legal guardian of the PWD, please sign Version B of the SEC).	(כאשר המטופל הסייעודי הוא גם המעסיק, עליו לחתום על נוסח חוזה זה. אם המעסיק של המטופל הזר הוא בן משפחה מקרבה ראשונה של המטופל או אפוטרופוס, יש לחתום על חוזה העסקה סטנדרטי בנוסח ב')
	עבור עובדי סיעוד זרים המטפלים במטופלים סיעודיים בבתייהם, תוך מגורים בבית המטופל.
for Home Based (Live-In) Caregivers	
This Employment contract is executed and entered into by and between:	חוזה העסקה זה נערך ונחתם על ידי ובין:
A. Employer/PWD Mr./Ms :	א. המעסיק/המטופל הסייעודי מר/גב': <u>ר"ך זהבה</u> מס' תעודת זהות: <u>003336104</u>
ID No.: <u>003336104</u>	
Address/Workplace: <u>BE'ER SHEVA</u>	כתובת/מקום העבודה: <u>דרך השלום 53 דירה 3 באר</u>
Phone number: <u>0523433623</u> (hereinafter referred to as "the Employer")	מס' טלפון: <u>0523433623</u> (להלן: "המעסיק")
AND THE	ו-
B. Caregiver Mr./Ms.: <u>Analyn Montevalto</u>	ב. המטפל מר/גב': <u>אנאלין מונטיאלטו</u> מדינת אזרחות: <u>פיליפינים</u> מס' דרכון: <u>p5097723b</u>
Country of Citizenship <u>PHILIPPIN</u> Passport Number: <u>p5097723b</u> (hereinafter referred to as "The Caregiver")	(להלן: "המטפל")
Voluntarily binding themselves to the following terms and conditions:	המתחייבים מרצונם החופשי לתנאים הבאים:
1. EMPLOYER DECLARATIONS:	1. הצהרות מעסיק:
a. The Employer declares that he is a person with a disability holding a valid permit from the Population and Immigration Authority in Israel (hereinafter: PIBA) allowing him to employ a live-in foreign caregiver in his home to assist him with his activities of daily living.	א. המעסיק מצהיר שהוא אדם בעל מוגבלות המתזקק בהיתר בר תוקף מרשות האוכלוסין וההגירה בישראל (להלן: "רשות האוכלוסין") המתיר לו להעסיק עובד זר במתן טיפול סיעודי תוך מגורים בבית המעסיק, על מנת שסייע לו בביצוע פעולותיו היומיות.
b. The Employer undertakes to employ the Caregiver in a full time position as a live-in caregiver providing home based caregiving services to the Employer as set out in this	ב. המעסיק מתחייב להעסיק את המטפל במשרה מלאה, תוך מגורים בבית המעסיק, במתן שירותי טיפול ביתיים למעסיק כפי שנקבע בחוזה העסקה סטנדרטי זה ובנספח א' המפרט צרכים ותנאים מיוחדים של ההעסקה (להלן: "החוזה הסטנדרטי").

SEC version A (When Employer is the PWD)- Hebrew- English -2024

Update 03042024

Standard Employment Contract and Annex A
which sets out special needs and conditions of
employment (hereinafter referred to: the SEC).

2. CAREGIVER DECLARATIONS:

The Caregiver declares that he has understood the information about the employer's needs and the living conditions in the home of the employer as set out in this SEC, and that he is ready, willing and capable of carrying out the required difficult caregiving duties for the Employer on a full time basis in Israel, in good faith, including living in the home of the Employer throughout the regular work week.

2. הצהרות המטפל:

המטפל מצהיר שהוא הבין את המידע בעניין צורכי המעסיק ותנאי המגורים בבית המעסיק כפי שצוינו בחוזה סטנדרטי זה, ושהוא מוכן, ורצה ומסוגל לבצע את תפקידי הטיפול הקשים הנדרשים עבור המעסיק במשרה מלאה בישראל, בתום לב, ובכלל זה תוך מגורים בבית המעסיק במהלך שבוע העבודה הרגיל.

3. GENERAL PROVISIONS:

- This contract is written in the masculine form, but applies equally to both men and women.
- In case of unforeseen contradiction between the conditions set out in this contract and the provisions of relevant Israeli Labour Law, including case-law, collective agreements and extension orders applying to employment conditions of home based (live in) foreign caregivers, the current Israeli Labour Law provisions shall prevail.

3. הוראות כלליות:

- א. חוזה זה נכתב בלשון זכר, אך חל באופן שווה הן על גברים והן על נשים.
- ב. במקרה שתתגלה סתירה בין התנאים שנקבעו בחוזה זה לבין משפט העבודה הישראלי הרלוונטי, ובכלל זה, פסיקה, הוראות הסכמים קיבוציים וצווים הרחבה החלים על תנאי ההעסקה של עובדים זרים לסייעות המתגוררים בבית המטופלים הסייעותיים, הוראות משפט העבודה הישראלי שיהיו בתוקף הן שיחולו.

4. CAREGIVER DUTIES:

The duties of the Caregiver shall be to provide diligent and skilled caregiving assistance to the Employer in order to assist him in carrying out his activities of daily living including household management, as reasonably required for the personal needs of the employer, such as dressing, bathing and cleaning, toileting and/or diapering, food preparation, cooking, eating, feeding and cleanup, giving prescribed medications, supervision, lifting, transferring, cleaning of Employer living quarters, purchases, laundry and accompanying the employer outside his home, as well as the special duties set out in Annex A to this SEC, as per instructions given to the Caregiver by the Employer or his representative. Domestic chores for other family members/ residents are excluded from the Caregiver's duties. Animal care, driving/chauffeur duties are also excluded from the Caregiver duties unless set out as special duties in Annex A.

4. תפקידי המטפל:

תפקידי המטפל יהיו לספק סיוע סיעודי חרוץ ומיומן למעסיק, על מנת לסייע לו לבצע את פעולות החיים היומיומיות שלו, כולל גיהול משק בית, כפי הנדרש באופן סביר לצרכים האישיים של המעסיק, כגון הלבשה, רחצה וניקיון, סיוע בהליכה לשירותים ו/או החתלה, הכנת מזון, בישול, אכילה, האכלה וניקיון, מתן תרופות מרשם, השגחה, הרמה, העברה, ניקיון המגורים של המעסיק, קניות, כביסה וליזוי המעסיק מחוץ לביתו, וכן תפקידים מיוחדים שצוינו בנספח א' לחוזה סטנדרטי זה, הכל בהתאם להוראות שיינתנו למטפל על ידי המעסיק או נציגו. מטלות ביתיות עבור בני משפחה או דיירים אחרים אינן נכללות בתחום תפקידיו של המטפל. טיפול בבעל חיים, תפקידי נהיגה/הסעה אף הם אינם נכללים בתפקידי המטפל. **אלא אם כן הם פורטו בתפקידים מיוחדים בנספח א'.**

In the performance of the duties of the caregiver, the employer shall comply with Israeli

במסגרת ביצוע תפקידיו של המטפל, המעסיק יציית לסטנדרטים של בטיחות ובריאות תעסוקתית של מדינת ישראל.

SEC version A (When Employer is the PWD)- Hebrew- English -2024

Update 03042024

occupational safety and health standards.

5. DURATION:

5. תקופת החוזה:

- a. If this SEC is signed before the entry of the Caregiver to Israel, the duration of the employment shall be two (2) years from the date of the entry of the Caregiver into Israel with a valid B/1 caregiving work visa(hereinafter: the "contract duration"). If the Caregiver does not enter Israel within thirty (30) working days after the date of signing, this SEC will be null and void, unless the Parties agree to a reasonable extension of the above period.
- א. אם חוזה סטנדרטי זה נחתם לפני כניסתו של המטפל לישראל, תקופת ההעסקה תהיה שנתיים ממועד הכניסה של המטפל לישראל עם אשרה מסוג ב/1 לענף הסייעוד בתוקף (להלן: "תקופת החוזה"). אם המטפל לא יכנס לישראל תוך שלושים (30) ימי עבודה לאחר מועד החתימה, חוזה סטנדרטי זה יהיה בטל ומבוטל, אלא אם הצדדים הסכימו להארכה סבירה של התקופה הנזכרת מעלה.
- b. If the SEC is signed when the Caregiver is already in Israel, in case of extension or change of employers, the duration of employment shall be from _____ until _____.
- ב. אם החוזה הסטנדרטי נחתם כאשר המטפל כבר נמצא בישראל, במקרה של הארכה או שינוי מעסיק, תקופת ההעסקה תהיה החל מ- _____ ועד _____.
- c. The contract duration is subject to the continued validity of the Employment Permit held by the Employer and of the B/1 Visa and Work Permit held by the Caregiver both issued by PIBA as per PIBA procedures (hereinafter: the Permits) and both parties agree to take all required steps to extend the duration of the permits as necessary.
- ג. תקופת החוזה כפופה להמשך תוקף ההיתר להעסקת עובד זר לסייעוד שבידי המעסיק ולהמשך תוקף האשרה ורישיון הישיבה והעבודה מסוג ב/1 שבידי המטפל, שניהם כפי שנופקו על ידי רשות האוכלוסין על פי הנהלים של רשות האוכלוסין (להלן: "ההיתרים") ושני הצדדים מסכימים לנקוט בכל הצעדים הנדרשים על מנת להאריך את תקופת ההיתרים על פי הנדרש.
- d. After the contract duration and subject to the extension of the Permits as set out above, this contract shall continue to apply, provided that neither party to this contract has delivered one month's prior notice in writing to the other party concerning his desire to bring this contract to an end.
- ד. לאחר תקופת החוזה ובכפוף להארכה של ההיתרים כפי שצוין לעיל, חוזה זה ימשיך לחול, בתנאי שאף אחד מהצדדים לחוזה זה לא נתן הודעה מוקדמת של חודש אחד בכתב לצד האחר בדבר רצונו להביא חוזה זה לסיום.
- e. The above shall not derogate from the provision of Section 19 below.
- ה. אין באמור לעיל לגרוע מהוראות סעיף 19 להלן.

6. WORKPLACE AND WORK WEEK:

6. מקום העבודה ושבוע העבודה:

- a. The regular workplace will be the home of the Employer, located at his address as set out above in this SEC or any updated address of the Employer.
- א. מקום העבודה הרגיל יהיה ביתו של המעסיק, הנמצא בכתובתו אשר צוינה מעלה בחוזה סטנדרטי זה או בכל כתובת עדכנית של המעסיק.
- b. The regular work week of the Caregiver will be six (6) days a week, and the Caregiver agrees that he will be available to care for the Employer throughout the work week, as a live in caregiver, provided that the Caregiver is given reasonable breaks from active work for relaxation, personal needs, and sleep.
- ב. שבוע העבודה הרגיל של המטפל יהיה בן שישה (6) ימים בשבוע, והמטפל מסכים להיות זמין לטיפול במעסיק במהלך שבוע העבודה, כעובד המתגורר בבית המעסיק, בתנאי שהמטפל מקבל הפסקות סבירות מעבודה פעילה לצורך רגיעה, צרכים אישיים ושינה.

Aside from the reasonable breaks, the Employer

מלבד הפסקות סבירות, המעסיק ישתדל לספק למטפל

SEC version A (When Employer is the PWD)- Hebrew- English -2024

Update 03042024

will endeavor to provide the Caregiver with at least eight (8) rest hours daily, subject to the special needs of the Employer.

c. The Caregiver's duties are counted among those that require a special degree of personal trust. In addition, the Caregiver will reside in the accommodations provided by the Employer in the home of the Employer as set out in section 9 hereinafter. Thus, as per Israeli case law, the Caregiver will not be entitled to remuneration for overtime hours.

7. WEEKLY REST DAY, HOLIDAYS AND VACATION:

7. ימי מנוחה שבועיים, חגים וחופשות:

a. The Caregiver shall be entitled to a weekly day of rest of at least 25 consecutive hours on a day agreed upon by the parties (hereinafter: the weekly rest day).

א. המטפל יהיה זכאי ליום מנוחה שבועי של לפחות 25 שעות רצופות ביום שיוסכם לגביו על ידי הצדדים (להלן: יום המנוחה השבועי).

b. The Caregiver shall be entitled to 9 days off with pay per calendar year of work for his Religious/National Holidays or for Israeli Religious/National Holidays, when those Holidays fall during the contract duration but do not fall on the Weekly Rest Day of the Caregiver.

ב. המטפל יהיה זכאי ל-9 ימי חופשה בתשלום לכל שנת עבודה קלנדרית עבור החגים הדתיים/הלאומיים שלו או עבור חגים דתיים/לאומיים ישראלים, כאשר חגים אלו חלים בתקופת החוזה, אך לא חופפים את יום המנוחה השבועי של המטפל.

c. The Caregiver will be entitled to yearly paid vacation, after coordinating the dates of such with the Employer at least 14 days in advance. The number of vacation days for which the Caregiver is eligible will be as set out in the Yearly Vacation Law, 1951, and figured according to the length of time the Caregiver has been employed by the Employer during the calendar year. For the first five years of employment – the Caregiver will be eligible for 16 vacation days yearly (14 days not including the weekly rest day).

ג. המטפל יהיה זכאי לחופשה שנתית בתשלום, לאחר תיאום המועדים של החופשה עם המעסיק לפחות 14 יום מראש. מספר ימי החופשה אשר להם המטפל זכאי יהיו כפי שנקבע בחוק חופשה שנתית, תשי"א-1951, ויחושבו בהתאם לאורך התקופה שהמטפל הועסק בה על ידי המעסיק בשנה הקלנדרית עבור חמש השנים הראשונות של ההעסקה – המטפל יהיה זכאי ל-16 ימי חופשה שנתיים (14 יום לא כולל את יום המנוחה השבועי).

The Caregiver and Employer may agree that the Caregiver may take only seven (7) vacation days per year and accumulate the unused paid annual vacation days to be used within two (2) consecutive years. If the Caregiver has not used his accrued paid vacation days, he will be eligible to receive monetary compensation from the Employer for those unused paid vacation days at the end of his employment by the Employer, as set out in the Yearly Vacation Law, 1951.

המטפל והמעסיק רשאים להסכים שהמטפל ייקח רק שבעה (7) ימי חופשה בשנה ויצבור את ימי החופשה השנתית הבלתי מנוצלים כך שינוצלו תוך השנתיים הבאות. אם המטפל לא ניצל את ימי החופשה בתשלום שצבר, הוא יהיה זכאי לקבל פיצוי כספי מהמעסיק עבור ימי החופשה הללו שלא נוצלו, בתום תקופת ההעסקה אצל המעסיק, כפי שנקבע בחוק חופשה שנתית, תשי"א-1951.

SEC version A (When Employer is the PWD)- Hebrew- English -2024

Update 03042024

8. MEDICAL INSURANCE AND SICK PAY:	8. ביטוח רפואי ותשלום בגין ימי מחלה:
a. The Employer shall provide the Caregiver with private Medical Insurance which includes all the services set out in the Foreign Worker Ordinance (Basket of Health Services for the Employee) 2001 for the duration of the employment. The Caregiver agrees to truthfully complete and sign any declaration or forms necessary for the entry into effect or for extending the validity of the medical insurance policy.	א. המעסיק יספק למטפל ביטוח רפואי פרטי הכולל את השירותים שנקבעו בצו עובדים זרים (סל שירותי בריאות לעובד), תשס"א-2001, עבור תקופת ההעסקה. המטפל מסכים למלא באופן מהימן ולחתום על כל הצהרה או טופס נדרשים לצורך כניסה לתוקף או לצורך הארכת התוקף של פוליסת הביטוח הרפואי.
A copy of the medical insurance policy in a language the Caregiver understands, will be given by the Employer to the Caregiver and attached by the Employer as Annex B to this SEC, after the arrival of the Caregiver to Israel.	העתק של פוליסת הביטוח הרפואי בשפה שהעובד הזר מבין יינתן על ידי המעסיק למטפל ויצורף על ידי המעסיק כנספח ב' לחוזה סטנדרטי זה, לאחר הגעת המטפל לישראל.
b. The Employer may deduct from the Caregiver's monthly salary, up to half of the cost of the above medical insurance, as paid by the employer, or the maximum sum set out in the relevant Israeli regulations, whichever is lower. This deductible sum set out in Annex C is updated by the Israeli Government from time to time.	ב. המעסיק רשאי לנכות מהשכר החודשי של המטפל, עד מחצית מעלות הביטוח הרפואי הנזכר מעלה, כפי ששולם על ידי המעסיק או הסכום המקסימלי שנקבע בתקנות הישראליות הרלוונטיות, הנמוך מבניהם. הסכום המקסימלי לניכוי מצוין בנספח ג' לחוזה סטנדרטי זה והוא מתעדכן על ידי ממשלת ישראל מעת לעת.
c. If the Caregiver cannot work due to illness, he is not entitled to salary for the first day of such absence from work. The Caregiver shall be paid 50% of his salary by the Employer for the second and third consecutive days of absence and 100% of his salary from the fourth consecutive day of absence, upon presentation of a medical certificate certifying that he could not work due to illness. The above payments are subject to the Caregiver's cumulative period of sick leave entitlement which is one and a half days for every month in which the Caregiver was employed by the Employer, up to a maximum of 90 days.	ג. אם המטפל אינו יכול לעבוד בשל מחלה, הוא אינו זכאי לשכר בגין יום ההיעדרות הראשונה שלו מעבודה. המטפל יקבל תשלום בגובה 50% משכרו על ידי המעסיק עבור היום השני והשלישי של ההיעדרות ו-100% משכרו מהיום הרביעי להיעדרות, לאחר הצגת אישור רפואי המאשר שהוא לא יכול היה לעבוד בשל מחלה. הזכאות לתשלומים הנייל לא תעלה על התקופה המצטברת של הזכאות של המטפל לדמי מחלה, שהוא של יום וחצי עבור כל חודש אשר בו הועסק המטפל על ידי המעסיק, עד למקסימום של 90 יום.
9. ACCOMMODATIONS:	9. מגורים:
a. The Employer shall provide the Caregiver with suitable living accommodations in the home of the Employer for the entire duration of the employment, and for at least seven days after the termination of the employment. The Caregiver understands that he may not reside in accommodations outside the Employer's home during the regular work week, but that he may, if he so desires, reside outside the	א. המעסיק יספק למטפל תנאי מגורים נאותים בבית המעסיק למשך כל תקופת ההעסקה וללפחות שבוע ימים לאחר סיום ההעסקה. המטפל מבין שהוא אינו רשאי להתגורר במקום מגורים מחוץ לבית המעסיק במהלך שבוע העבודה הרגיל, אך כי הוא רשאי, אם ירצה בכך, להתגורר מחוץ לבית המטופל במהלך יום המנוחה השבועי.

SEC version A (When Employer is the PWD)- Hebrew- English -2024

Update 03042024

- Employer's home during the Weekly Rest Day.
- b. The Caregiver hereby declares that he is not a tenant in the home of the Employer but that he is there with permission only and that he does not have any right of any kind whatsoever to any tenancy in the home nor shall the Tenant Protection Law (Consolidated Version) 5732-1972, and/or any other law that may replace it, apply to the Caregiver or to this contract.
- c. The Employer may deduct monthly sums from the salary of the Caregiver for the accommodations supplied to the Caregiver and for related expenses. The sums deducted shall not exceed the maximum sums set out in Israeli regulations, in accordance with the area of the country in which the home of the Employer is located and the ownership of the accommodations, as set out in Annex C and as updated by the Israeli government from time to time.
10. **SALARY AND DEDUCTIONS:**
- a. In exchange for carrying out his duties under this contract, the Employer shall pay the Caregiver a gross salary of 6000NIS NIS (שש אלף ש"ח) for full time employment. In case of a change in the relevant minimum wage in the State of Israel, the above gross salary shall be revised and shall not be less than the relevant minimum wage in force) (hereinafter: the salary)
- b. If the Caregiver is employed on his weekly rest day or on his holiday (both of which consist of 25 hours) as set out in sections 7 (a) and (b) above, he shall be entitled to an additional payment of 150% of his daily salary.
- c. The salary shall be paid by the end of the month for which it is paid, and no later than the 9th day of the following month. If the parties agree, the Employer may pay the Caregiver an advance or advances on the monthly salary, on earlier agreed upon dates, and the sums advanced shall be deducted from the salary
10. **שכר וניכויים:**
- א. בתמורה לביצוע תפקידיו על פי חוזה זה, המעסיק ישלם לעובד הור שכר ברוטו של 6000 ש"ח (שש אלפים ש"ח) עבור עבודה במשרה מלאה. במקרה של שינוי בשכר המינימום הרלוונטי במדינת ישראל, שכר הברוטו שצוין מעלה ישונה ולא יעמוד על פחות משכר המינימום הרלוונטי בתוקף (להלן: השכר).
- ב. אם המטפל מועסק ביום המנוחה שבועי, או בתג שלו (שניהם של 25 שעות) כפי שנקבעו בסעיפים 7 (א) ו- (ב) מעלה, הוא יהיה זכאי לתשלום נוסף של 150% משכרו היומי.
- ג. השכר ישולם עד סוף החודש אשר עבורו מתקבל התשלום, ולא יאוחר מהיום ה-9 של החודש הבא. אם הצדדים מסכימים, המעסיק רשאי לשלם למטפל מקדמה או מקדמות בגוף השכר החודשי, בתאריכים מוקדמים יותר שהוסכם עליהם, והסכומים שניתנו כמקדמה ינוכו מהשכר החודשי.

SEC version A (When Employer is the PWD)- Hebrew- English -2024

Update 03042024

- d. The salary shall be deposited in the Caregiver's bank account opened in the Caregiver's name in Israel in which no third party has rights or power of attorney. After receipt of the salary deposited in his bank account, the Caregiver may transfer all or part of the salary abroad as he desires.
- e. The Employer may deduct from the salary, obligatory deductions as per Israeli law (such as Income Tax deductions) which are transferred by the Employer to the relevant authority for the Caregiver, advance payments of salary, and the permitted deductions as set out in Israeli law and regulations and in this SEC, for accommodations, related expenses and the medical insurance. The employer may also deduct from the monthly salary sums on account of specific debts owed by the Caregiver to the Employer, on condition that the Caregiver agreed in writing in a language he understands.
- f. Permitted deductions from salary for accommodations and related expenses, medical insurance and specific debts as set out in subsection (e), shall not exceed 25% of the salary on any given month. In the final month of employment, the Employer may deduct from the final salary all outstanding debts of the Caregiver, and the 25% limitation will not apply.
- g. If the Employer receives a "Caregiving Benefit" from the Israeli National Insurance Institute or from other relevant bodies, through a Caregiving Company, part of the monthly salary and work conditions of the Caregiver under law and under this SEC, may be paid directly to the Caregiver's bank account in Israel on behalf of the Employer by the responsible Caregiving Company as per instructions of the National Insurance Institute or the relevant body.
11. SEVERANCE PAY AND PENSION:
- a. After the Caregiver has completed six (6) months of work, in addition to the above salary, the employer will be responsible to pay the Caregiver, a sum as set out in the Pension Extension Order, currently 12.5% (6.5% for
- ד. השכר יופקד לחשבון הבנק של המטפל שיפתח על שמו בישראל, שבו אין לצד שלישי כלשהו זכויות או ייפוי כוח. לאחר קבלת השכר שהופקד בחשבון הבנק שלו, המטפל רשאי להעביר את כל או חלק מהשכר מחוץ לישראל כפי שיחפוץ.
- ה. המעסיק רשאי לנכות משכר הברוטו שצריך להיות משולם כפי שנקבע מעלה, ניכויי חובה בהתאם לחוק הישראלי (כגון ניכויי מס הכנסה) אשר יועברו על ידי המעסיק לרשות הרלוונטית עבור המטפל, תשלומי מקדמה של שכר וניכויים מותרים כפי שנקבעו בחוק ובתקנות הישראליות ובחוקה סטנדרטי זה עבור מגורים, הוצאות נלוות והביטוח הרפואי. המעסיק אף רשאי לנכות מסכומי השכר החודשיים חובות ספציפיים שהמטפל חייב למעסיק, בתנאי שהמטפל הסכים לכך בכתב בשפה שהוא מבין.
- ו. ניכויים מותרים מהשכר עבור מגורים והוצאות נלוות, ביטוח רפואי וחובות ספציפיים כפי שנקבעו בתת סעיף (ה), לא יעלו על 25% מהשכר בכל חודש נתון. בחודש האחרון של ההעסקה, המעסיק רשאי לנכות מהשכר הסופי את כל החובות שטרם נפרעו של המטפל, ומגבלת ה-25% לא תחול.
- ז. אם המעסיק מקבל גמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי או מגופים רלוונטיים אחרים, באמצעות חברת סיעוד, חלק מהשכר החודשי ומתנאי העבודה של המטפל על פי חוק ועל פי חוקה סטנדרטי זה, יכולים להיות משולמים ישירות לחשבון הבנק של המטפל בישראל בשם המעסיק, על ידי חברת הסיעוד האחראית על פי הוראות המוסד לביטוח לאומי או הגוף הרלוונטי.
11. פיצויי פיטורים ופנסיה:
- א. לאחר שהמטפל השלים שישה (6) חודשי עבודה, בנוסף לשכר שצוין מעלה, המעסיק יהיה אחראי לשלם למטפל סכום כפי שנקבע בצו ההרחבה לביטוח פנסיוני, העומד כיום על 12.5% (6.5% עבור פנסיה ו-6% עבור פיצויי פיטורים) משכר הברוטו החודשי של המטפל, כפי שהוגדר בתקנות פיצויי פיטורים (חישוב הפיצויים והתפטרות שרואים אותה כפיטורים).

SEC version A (When Employer is the PWD)- Hebrew- English -2024

Update 03042024

Pension and 6% for Severance Pay) of the gross monthly salary of the Caregiver as defined in the Severance Pay Regulations (Calculation of Severance Pay and Resignation Which is Considered as Dismissal), 5742-1964 for each month in which the Employer employs the Caregiver. In addition, if the Caregiver is eligible for severance pay as per the 1963 Severance Pay Law, 5723-1963, the Employer shall be responsible for adding any outstanding sums as per that law. The above sums shall be paid no later than at the end of the employment period.

תשכ"ד-1964, עבור כל חודש אשר בו המעסיק מעסיק את המטפל. בנוסף, אם המטפל זכאי לפיצויי פיטורים על פי חוק פיצויי פיטורים, תשכ"ג-1963, המעסיק יהיה אחראי להוסיף כל סכום נדרש על פי חוק זה. הסכומים שצוינו מעלה ישולמו לא יאוחר מסוף תקופת ההעסקה.

- b. Notwithstanding the provisions of subsection (a) above, the Employer may instruct the National Insurance Institute to deposit monthly pension and severance pay deposits for the Caregiver into the "Foreign Caregivers' Deposit Fund" (hereinafter: the Fund) held by PIBA. Similarly, if a portion of the Caregiver's salary is paid through a Caregiving Company as set out in section 10 (g) above, that Company will be responsible for depositing its appropriate share of the monthly contributions for pension and severance pay deposits into the Fund. In such cases, subsection (a) above will not apply concerning the sums deposited in the Fund, and the Caregiver will receive the accumulated sums from PIBA, less legal deductions, after leaving Israel permanently, or at the airport at the time of his permanent departure from Israel, as per an application filed to PIBA in a timely manner. If the Caregiver overstays in Israel illegally, a portion of the accumulated sum will be deducted by PIBA for each month of illegal unjustified overstay, and after 6 months of such overstay the Caregiver will forfeit the entire sum. Details concerning the Fund, deposits, Caregiver applications and deductions etc. are as set out in the Foreign Workers Regulations (Foreign Worker Deposit) 2016, in PIBA procedures, and in the National Insurance Law (Consolidated Version), 5755-1955

ב. על אף האמור בהוראות תת סעיף (א) מעלה, המעסיק רשאי להנחות את המוסד לביטוח לאומי להפקיד הפרשות לפנסיה ולפיצויי פיטורים עבור המטפל ב"חשבון פיקדון לעובד זר" (להלן: "הפיקדון"). המנוחל על ידי רשות האוכלוסין באופן דומה, אם חלק משכר המטפל משולם באמצעות חברת סיעוד כפי שנקבע בסעיף 10 (א) מעלה, החברה הזו היא שתהיה אחראית להפקדת החלק המתאים של התשלומים החודשיים עבור הפקדות פנסיה ופיצויי פיטורים לחשבון הפיקדון. במקרים אלה, תת סעיף (א) מעלה לא יחול על הסכומים שהופקדו בחשבון הפיקדון והמטפל יקבל את הסכומים שנצברו מרשות האוכלוסין פחות ניכויים על פי חוק, לאחר עזיבתו את ישראל לצמיתות, או בשדה התעופה בעת עזיבתו לצמיתות את ישראל, על פי בקשה שהוגשה לרשות האוכלוסין בעוד מועד. אם המטפל ישהה בישראל מעבר למותר באופן בלתי חוקי, חלק מהסכום שנצבר ינוכה על ידי רשות האוכלוסין עבור כל חודש של שהות יתר בלתי חוקית בלתי מוצדקת, ולאחר 6 חודשים של שהות יתר כזו יפסיד את הסכום כולו. פרטים באשר לפיקדון, הפקדות, בקשות המטפל, ניכויים וכו' נקבעו בתקנות עובדים זרים (פיקדון לעובדים זרים), תשע"ו-2016, בנהלים של רשות האוכלוסין ובחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) התשנ"ה-1995.

- c. For the avoidance of doubt, it is hereby clarified that the Fund is a bank account supervised by PIBA according to Israeli law and regulations, and is not a pension fund as

ג. למען הסדר ספק, מובהר בזה כי הפיקדון הוא חשבון בנק בפיקוח רשות האוכלוסין וההגירה בהתאם לחוק ולתקנות בישראל, ואינו קרן פנסיה כהגדרתו בחוק ובתקנות הישראליות.

SEC version A (When Employer is the PWD)- Hebrew- English -2024

Update 03042024

defined according to Israeli law and regulations.

12. FOOD AND DRINK IN THE WORKPLACE:

a. The Caregiver will provide for his own meals at his own expense.

b. Notwithstanding the above, if the Caregiver agrees in writing in a language he understands, to receive a portion of his monthly salary in the value of food and non-alcoholic drinks paid for by the Employer to be consumed by the Caregiver in the workplace, then the prevailing/customary market value of such food and drinks consumed in the workplace shall be considered part of the Caregiver's monthly salary (as payment in kind) and such value shall not exceed ten percent (10%) of the gross Israeli monthly minimum wage

12. מזון ומשקאות במקום העבודה:

א. המטפל יספק לעצמו ארוחות על חשבון.

ב. על אף האמור לעיל, אם המטפל מסכים בכתב בשפה שהוא מבין לקבל חלק משכרו החודשי כשווה ערך למזון ומשקאות לא אלכוהוליים ששולמו על ידי המעסיק לצורך צריכתו של המטפל במקום העבודה, אזי שווי השוק הרווח/הנהוג של מזון ומשקאות אלו שנצרכים במקום העבודה ייחשבו לחלק מהשכר החודשי של המטפל (כתשלום בשווה כסף) והשווי האמור לא יעלה על עשרה אחוזים (10%) של שכר המינימום החודשי בישראל

13. NATIONAL INSURANCE INSTITUTE:

The Employer shall register the employment of the Caregiver with the National Insurance Institute for coverage available to foreign Caregivers under Israeli Law, specifically, work accident, bankruptcy of the employer, and maternity benefits. A copy of the above registration shall be provided by the Employer to the Caregiver.

In case of death of the Caregiver as a result of a work accident, the insurance benefits shall be paid to his legal heirs as stated in the National Insurance Institute Law.

13. המוסד לביטוח לאומי:

המעסיק ירשום את ההעסקה של המטפל במוסד לביטוח לאומי עבור הכיסוי הניתן לעובדים זרים על פי החוק הישראלי, שהינו בגין תאונת עבודה, פשיטת רגל של המעסיק ודמי לידה, העתק של הרישום שצוין מעלה יסופק על ידי המעסיק למטפל.

14. AIRLINE EXPENSES:

The Caregiver will pay for his airline tickets, inclusive of travel insurance, from his country to Israel, as well as upon his return from Israel to his country, except as set out in Section 18(b).

14. הוצאות טיסה:

המטפל ישלם עבור כרטיסי הטיסה שלו, כולל ביטוח נסיעות, מארצו לישראל, וכן על חזרתו מישראל לארצו, מלבד כפי שנקבע בסעיף 18 (ב).

15. RECUPERATION PAY:

In addition to the salary and other monetary entitlements set out above, and as per the Extension Order Concerning Employer Contributions for Recuperation and Recreation Payments, 2017, the Caregiver is entitled to receive yearly Recuperation Pay from the Employer, provided that he has fully completed his first full year of work for the Employer. This sum is computed at the rate as updated by the Israeli Government at the time of payment

, as follows:

15. דמי הבראה:

בנוסף לשכר ולזכויות כספיות אחרות שנקבעו מעלה, ובהתאם לצו הרחבה בדבר השתתפות המעביד בהוצאות הבראה ונופש, 2017, המטפל זכאי לקבל תשלום שנתי של דמי הבראה מהמעסיק, בתנאי שהוא השלים במלואה את שנת עבודתו הראשונה מלאה של עבודה עבור המעסיק. סכום זה יחושב על פי התעריף שיעודכן על ידי ממשלת ישראל במועד התשלום כדלהלן:

SEC version A (When Employer is the PWD)- Hebrew- English -2024

Update 03042024

- a. For the first year of employment – 5 days
ב. עבור השנה הראשונה של ההעסקה – 5 ימים
ג. עבור השנה השנייה והשלישית של ההעסקה – 6 ימים
ד. עבור השנה הרביעית והחמישית של ההעסקה – 7 ימים
ה. עבור שנות העסקה נוספות של המטפל על ידי המעסיק, תשלום דמי ההבראה יחושב בהתאם למספר שנות ההעסקה כפי שנקבעו בצו ההרחבה הנזכר מעלה.
- c. For the fourth and fifth years of employment – 7 days
For additional years of employment of the Caregiver by the Employer, the recuperation pay will be figured according to the number of years of employment as set out in the above extension order.

- 16. CONTACT NUMBERS:**
יש ליצור קשר באמצעים הבאים במקרה של שאלות או הגשת תלונות אשר לא נפתרו באופן ידידותי בין המטפל והמעסיק או נציג מטעם המעסיק.
- a. For the Caregiver - The PIBA Call Center for foreign workers: 1-700-707-889.
א. לעובד הזר - מוקד הפניות של רשות האוכלוסין: 1-700-707-889.
ב. הממונה על זכויות עובדים זרים בישראל במשרד העבודה: 074-7696161, או באמצעות דואר אלקטרוני: ג. שגרירות ארצו של העובד הזר.
- b. The Ombudsman for Foreign Worker's rights in the Israeli Ministry of Labor: 074-7696161, or email:
א. לעובד הזר - מוקד הפניות של רשות האוכלוסין: 1-700-707-889.
ב. הממונה על זכויות עובדים זרים בישראל במשרד העבודה: 074-7696161, או באמצעות דואר אלקטרוני: ג. שגרירות ארצו של העובד הזר.
- c. The relevant Embassy in Israel.

- 17. DISPUTE RESOLUTION:**
א. הצדדים יתאמצו ליישב כל סכסוך אשר עלול להתעורר בעקבות יישום חוזה סטנדרטי זה באמצעים ידידותיים.
ב. אם הצדדים לא יצליחו ליישב באופן ידידותי את הסכסוך, הצדדים רשאים לפנות לקבלת הסעדים האפשריים ולהפנות את העניין לבתי המשפט של מדינת ישראל על מנת שיושבו בהתאם לחוק הישראלי המתאים.
ג. במקרה של סתירה בין השפות, הנוסח בשפה האנגלית של חוזה זה יהיה הנוסח המחייב.
- a. The Parties shall endeavor to resolve any dispute that may arise from the implementation of this SEC by amicable means.
ב. אם הצדדים לא יצליחו ליישב באופן ידידותי את הסכסוך, הצדדים רשאים לפנות לקבלת הסעדים האפשריים ולהפנות את העניין לבתי המשפט של מדינת ישראל על מנת שיושבו בהתאם לחוק הישראלי המתאים.
ג. במקרה של סתירה בין השפות, הנוסח בשפה האנגלית של חוזה זה יהיה הנוסח המחייב.
- b. If the parties fail to amicably settle the dispute, the parties may resort to available remedies and refer the matter to the Courts of the State of Israel to be resolved in accordance with applicable Israeli law.
- c. In case of disagreement between the languages, the English language version of the contract shall prevail.

- 18. REPATRIATION:**
א. במקרה של סכנה מידית בשל מלחמה, אסון או נסיבות דומות אחרות, המעסיק או נציג מטעמו יספקו סיוע סביר למטפל, כולל שינוי מיקום למקום מוגן אם ניתן. אם המטפל מחליט לשוב לארצו, המעסיק או נציג מטעמו ישתדלו לספק סיוע סביר.
ב. פוליסת הביטוח הרפואי של המטפל, אשר תצורף כנספח ב', תכלול הוראות לגבי החזרתו למדינתו של המטפל במקרה של מצב רפואי אשר בגינו יהפוך המטפל לבתי מסוגל להמשיך את העסקתו, תוך
- a. In case of imminent danger due to war, calamity, or other similar circumstances, the employer or his representative shall provide reasonable assistance to the caregiver, including relocation to safe sites if possible. If the Caregiver decides to return to his country, the Employer or his representative shall endeavor to provide reasonable assistance.
ב. במקרה של סכנה מידית בשל מלחמה, אסון או נסיבות דומות אחרות, המעסיק או נציג מטעמו יספקו סיוע סביר למטפל, כולל שינוי מיקום למקום מוגן אם ניתן. אם המטפל מחליט לשוב לארצו, המעסיק או נציג מטעמו ישתדלו לספק סיוע סביר.
ג. פוליסת הביטוח הרפואי של המטפל, אשר תצורף כנספח ב', תכלול הוראות לגבי החזרתו למדינתו של המטפל במקרה של מצב רפואי אשר בגינו יהפוך המטפל לבתי מסוגל להמשיך את העסקתו, תוך
- b. The medical insurance policy of the caregiver, to be attached as Annex B, shall contain provisions on repatriation of the caregiver in the event of a medical condition which renders

SEC version A (When Employer is the PWD)- Hebrew- English -2024

Update 03042024

the caregiver incapable of continuing his employment, covering payment of airfare.	כיסוי תשלום תעריפי הטיסה.
c. In the event of death of Caregiver during the term of this SEC, shipment of Caregiver's remains shall be as set out in the medical insurance policy.	ג. במקרה של מות המטפל במהלך תקופת חוזה סטנדרטי זה, משלוח של גופת המטפל יהיה בהתאם למה שיקבע בפוליסת הביטוח הרפואי.
19. PRE-TERMINATION:	19. סיום העסקה לפני תום החוזה:
Without prejudice to the accrued benefits of the Caregiver under Israeli Labour Law, as well as the requirement for the Employer to explain the reason for the intended pre-termination and consider the response of the Caregiver before deciding upon the pre-termination, either party may pre-terminate the contract after having made a genuine and sincere attempt to carry out the provisions of the SEC in good faith and after giving legal prior written notice as required by Israeli laws and procedures (required except in cases of abuse).	מבלי לפגוע בתנאים שנצברו עבור המטפל על פי חוקי העבודה בישראל, וכן בדרישה מהמעסיק להסביר את הסיבה לסיום ההעסקה המיועד לפני תום החוזה ושקילת תגובת המטפל לפני קבלת החלטה לגבי סיום מוקדם של ההעסקה, כל צד רשאי לסיים את החוזה לפני הזמן, לאחר שעשה ניסיון כן ואמתי לבצע את הוראות החוזה הסטנדרטי בתום לב ולאחר מסירת הודעה חוקית מוקדמת מראש, כפי הנדרש בחוקים ובנהלים של מדינת ישראל (נדרש חוץ מאשר במקרים של התעללות).
20. COMMUNICATION AND PASSPORT:	20. תקשורת ודרכון:
a. The Employer shall not prevent the Caregiver from having and reasonably using cellular phones or other means of communication, at the Caregiver's expense.	א. המעסיק לא ימנע מהמטפל להחזיק ולעשות שימוש סביר בטלפון סלולרי או באמצעי תקשורת אחרים, על חשבונו של המטפל.
b. The Employer shall not withhold the Caregiver's passport against his will.	ב. המעסיק לא יחזיק בדרכונו של המטפל בניגוד לרצונו.
21. LOANS/PAYMENT ON ACCOUNT:	21. הלוואות/תשלום על חשבון:
Without derogating from the provisions of Section 10(e), any loans/debts of the Caregiver from the Employer and payments thereof in a manner agreed upon, shall be in writing and in a language that the Caregiver understands.	מבלי לגרוע מהוראות סעיף 10 (ה), כל הלוואות/חובות של המטפל כלפי המעסיק ותשלומים מוסכמים בגינם, יהיו בכתב ובשפה שהעובד הזר מבין.
22. OTHER PROVISIONS:	22. הוראות אחרות:
a. Foreign Travels: The Caregiver should notify the labor section of his country's embassy in Israel before joining the Employer in foreign travels, as per his country's requirements. In case the Employer requires that the caregiver accompany him in foreign travels, the Employer shall provide travel insurances and visa assistance for the Caregiver, including re-entry visa to Israel, at the Employer's expense.	א. נסיעות מחוץ לישראל: המטפל יודיע למחלקת העבודה בשגרירות מדינתו לפני שיצטרף למעסיק בנסיעות לחוץ לארץ וזאת ככל שמדינתו דורשת. במקרה שהמעסיק דורש שהמטפל ילווה אותו בנסיעות לחוץ לארץ, המעסיק יספק ביטוח נסיעות וסיוע בהשגת וויזה עבור המטפל, כולל ויזת כניסה מחדש לישראל (אינטר-ויזה) על חשבון המעסיק.
b. Mutual Respect/ Lawful Behavior: The Parties agree to carry out their obligations under this SEC in a respectful and lawful manner in	ב. כבוד הדדי/התנהגות חוקית: הצדדים מסכימים לבצע את התחייבויותיהם על פי חוזה סטנדרטי זה באופן מכבד וחוקי בהתאם לחוק הישראלי אשר אושר, בין היתר, התעללות או הטרדה. במקרה של

SEC version A (When Employer is the PWD)- Hebrew- English -2024

Update 03042024

accordance with Israeli Law which prohibits הפרת של סעיף זה, כל צד רשאי לקבל את ההגנות
inter alia, abuse and harassment. In case of שנקבעו בחוק הישראלי.

violation of this section, each party may have
recourse to the protections set out in Israeli
Law.

- c. Notice of employment conditions: This SEC הודעה לעובד: חוזה סטנדרטי זה מחליף את
replaces the Employment Conditions Notice in ההודעה לעובד על תנאי עבודתו בהתאם לחוק
accordance with the Notification of Employee הודעה לעובד ולמועמד לעבודה (תנאי עבודה וחליכי
and Candidate (Employment Conditions and מיון וקבלה לעבודה), התשס"ב-2002 ותקנותיו.
Procedure for Selection and Admission to
Work) 5762-2002, law and regulations.

23. NO ALTERATION:

No provisions of this contract shall be altered, 23. ללא שינויים:
amended or substituted in a way that is אין לשנות, לתקן או להחליף אף הוראה בחוזה זה
detrimental to either Party. באופן שיוזק לאחר הצדדים.

In witness whereof, the parties having read and ולראיה, הצדדים, לאחר שקראו והבין את כל ההוראות
understood all the provisions of this contract; של חוזה זה, מצהירים בזאת, מרצונם החופשי, על
hereby freely manifest their full acceptance of קבלה מלאה על ידם של התנאים וההתקשרות
terms, conditions and conveyance embodied המגולמים במסמך זה, באמצעות חתימותיהם.
herein, by their respective signatures.

Date: 20/5/24

Date: 20/5/24 תאריך:

Signature of Employer חתימת המעסיק

Date: 20/5/24

Date: 20/5/24 תאריך:

Signature of Caregiver חתימת המטפל

Attached:

Annex A - Description of special needs and
conditions of employment

Annex B - Medical Insurance Policy in a language
the Caregiver understands - (when the contract is
signed before arrival of the Caregiver in Israel -
to be attached by Employer after arrival of the
Caregiver in Israel)

Annex C -Obligatory and Permitted Monthly
Deductions

נספח א' - תיאור צרכים ונתאים מיוחדים של המעסיק
נספח ב' - פוליסת הביטוח הרפואי בשפה שהמטפל
מבין - (כאשר החוזה נחתם לפני הגעת המטפל לישראל
--- תצורף על ידי המעסיק לאחר הגעת המטפל לישראל)
נספח ג' - ניכוי חובה ורשות.



יד חרוצים פתרונות סיוע צ"ח מספר ח.פ.ע.מ 513985317

חשבונית מס קבלה מספר 81810

(מקור)

06/05/2025	תאריך ושעה:	רייך זהבה	לכבוד:
דף 1 מתוך 1	מספר עמודים:	003336104	מס' ת.ז.
אנה קליין שוסטר	שם מבצע קבלה:	דרך השלום 53 דירה 3 באר שבע 8442433	כתובת:
Montealto Analyn	שם עובד:		
13231	מספר הנה"ח:	0522629601	טלפון:
			פקס:

תאור		
תשלום לתאגיד		
711.86		סה"כ כללי
0.00	0.00	הנחה כללית
711.86		סה"כ לאחר הנחה
128.13	18.00	מע"מ %
840.00	0.01	סה"כ לתשלום

פירוט תשלומים

פירטי כרטיסי אשראי

סה"כ סכום	תאריך פירעון	מספר תשלום	ת.ז.	תוקף כרטיס	מספר כרטיס	שם כרטיס
840.00	06/05/2025	1	022019764	11/2025	*****0917	ויזה
0.00		מזומן				
0.00		העברה בנקאית				
0.00	0.00	ניכוי מס במקור				
840.00		סה"כ				

סניף:

באר שבע

תקופת תשלום מ: 08/05/2025 עד 08/05/2026

תעודה זו תחשב מאושרת ומחייבת
אם לא יתקבלו הערות תוך 48 שעות

חתימה

עובד : סאפסטאמן מרילן

כתובת: השלום 53

באר יעבֿע

152 נת מביעל :

[illegible]

ניכויי חובה					
קוד	תאריך	כספים	אוצר	חברות	ניכוי מצטבר
301	בלאומי	2594.61		15.31	1.00
	ק"ע זרים	2507.66	6.50	371.92	
	פיצויים - מירע	2508.00			
	שכר מבטוח	208.91			
	הפקדה ללא מס				
סד"כ 1.00					

פירוט התשלומים							
שם	מספר	ק	מחלקה	הערה	אחוז	כמות	לא תשלום
0200	ימי עבודה					16.00	
8000	כמות שעות עבודה	ק				56.00	
0001	משכורת ב' לאומי		130010	34.09		56.00	1909.04
0008	הבראה זרים		130010	1.77		56.00	99.12
0016	תוספת זרים		130010	2.50		56.00	140.00
0130	דמי חז' זרים		130010	1.14		56.00	63.94
GHFT	הפחתת יום הבראה 2			1.77		-0.03	-12.39
0012	תקציבים בטל"א		130010	39.50		10.00	395.00
							2594.61

[illegible]

זכאויות כח אדם					
מספר	ז' קודמת	ז' כיו	נזעול	יתרו	ז' מצטבר
חופשה	12.00	1.00	1.00		
מחלה	18.00	1.50		1.50	
הבראה	5.00	0.42	0.42		

חודשי עבודה													
סחיב	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	% שולי	
25	25											10.0	נטי לתשלום 2593.61

חודעות
ברכות ליום הולדתו

[illegible]

ישורי מס

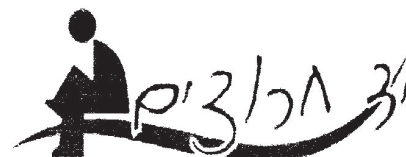
תאריך	תקופה	אחראי/עק	תקרה	אחראי

למען מיצי זוכותיך בביטוח הלאומי בא לוודא שפרטיך האישיים
הרשומים בתלוש השכר זולים לפרטים המופיעים בתעודת הזהות

קוד גישה 07529759

תלוש מספר 342

SYNEL LTD. יוביצות במערך השכר של
חיפה, טלסון 03-7555100, טלסון 04-8475400



יד חרצים פתרונות סיוע/קצ"מ מספר ח.פ.ע.מ 513985317

חשבונית מס קבלה מספר 78279

(מקור)

21/05/2024	תאריך ושעה:	רייך זהבה	לכבוד:
דף 1 מתוך 1	מספר עמודים:	003336104	מס' ת.ז.
אירן חזן	שם מבצע קבלה:	דרך השלום 53 דירה 3	כתובת:
Montealto Analyn	שם עובד:	באר שבע 8442433	
13231	מספר הנה"ח:	0522629601	טלפון:
			פקס:

תאור

עמלת השמה 2000 ש"ח
 דמי תאגיד 840 ש"ח

2,427.35	סה"כ כללי
0.00	הנחה כללית
2,427.35	סה"כ לאחר הנחה
412.65	מע"מ %
2,840.00	סה"כ לתשלום

פירוט תשלומים

0.00	מזומן
2,840.00	העברה בנקאית
0.00	ניכוי מס במקור 0.00
2,840.00	סה"כ

הערה :

סניף: באר שבע

תקופת תשלום מ: 08/05/2024 עד 08/05/2025

עמלת השמה + דמי תאגיד

תעודה זו תחשב מאושרת ומחייבת
 אם לא יתקבלו הערות תוך 48 שעות

חתימה

115040 צבי נתן
ענף: 570 פוליסה: 1-57-116733/24 א תוספת: 0
שם המבוטח: רייך זהבה

3/07/2024

לכבוד
לכל מאן דבעי
א.ג.נ.,

הנדון: ביטוח רפואי לעובד זר/תייר»
»=====

הרינו לאשר כי המבוטח ששמו רשום להלן, מבוטח בביטוח רפואי בחברתנו
מ-11/07/2024 עד 9/08/2024 בכפוף לתנאי הפוליסה המלאים.

ROBLES

ANALYN : שם העובד
15711673324 : מספר פוליסה
P5097723B : מספר דרכון
7470192390/1 : ת.ז. כללית
גל הבריות : באמצעות

בכבוד רב,
איילון חברה לביטוח בע"מ
שם הסוכן: צבי נתן

עותק למבוטח



115040 צבי נתן
רשימה לביטוח הוצאות רפואיות
המהווה חלק בלתי נפרד מתנאי הפוליסה

דף-1 (01)

הסכומים הנקובים הינם בשקל חדש

265.50	דמי ביטוח	רייך זהבה 3336104 570 פוליסה: 1-57-128444/24 א/ תוספת: 0
שם המבוטח: רייך זהבה		
כתובת: _____		
265.50	לתשלום במזומן	השלום: _____ באר שבע
0.00	דמי אשראי	מס. מזהה: 5097723 תקופת הביטוח: מ-11/06/2024 עד-10/07/2024 שעה: 00:01 שעה: 24:00
265.50	סה"כ לתשלום	תאריך הצעה: 4/06/2024
פרמיה	שעור הפרמיה	סכום הביטוח
תאור הכסוי/פרטי הכסוי		
פוליסת בריאות לעובד זר		
שם המבוטח: ANALYN ROBLER מספר דרכון: P5097723B תאריך כניסה לישראל: 01/01/2001 תאריך לידה: 15/12/1986		
3,230.25	פישוב הפרמיה:	מספר ימי ביטוח: 30 X פרמיה ליום: 8.85
3,230.25	סה"כ פרמיה שנתית לתקופה של 30 ימים	
265.50		
פירוט התשלומים:		
דמי הביטוח ישולמו למבטח ב- 1 תשלומים חודשיים רצופים, החל מחודש 6/2024, (ובתנאי שתשלום אחרון לא יחרוג מתום תקופת הביטוח) באמצעות כרטיס אשראי ישראכרט רגיל שמסתיים בספרות 0917		
** א י ל ו ן חברה לביטוח בע"מ **		
תאריך הדפסה: 4/06/2024 (הדפסה חוזרת ב-6/07/2025) זהוי לקוח: 5097723 זהוי משני: 2849826 חודש בורדרו: 06/2024 מקיש: 56026 מאשר: 56026		
»TEMPORARY CARD זמני למבוטח »=====		
7470192390/1 ת.ז. כללית: P5097723B מספר דרכון: ANALYN ROBLER שם המבוטח: גל הבריאנות תקופת הביטוח: מ-11/06/2024 עד 10/07/2024 כרטיס זה תקף בהצגת תעודה מזהה עם תמונה בלבד (כרטיס עובד/דרכון) ובתנאי שנתוני העובד נמצאים במחשבי הקופה. This card is valid only when accompanied by an ID card with a photo (employee card/passport) and on condition that the bearer's data is registered in the fund's. שירותי בריאות כללית *2700 clalit health services call center *2700		



115040 צבי נתן
ענף: 570 פוליסה: 1-57-128444/24 / א תוספת: 0
שם המבוטח: רייך זהבה

4/06/2024

לכבוד
לכל מאן דבעי
א.ג.נ.,

הנדון: ביטוח רפואי לעובד זר/תייר»
»=====

הרינו לאשר כי המבוטח ששמו רשום להלן, מבוטח בביטוח רפואי בחברתנו מ-11/06/2024 עד 10/07/2024 בכפוף לתנאי הפוליסה המלאים.

ROBLES	ANALYN	: שם העובד
	15712844424	: מספר פוליסה
	P5097723B	: מספר דרכון
	7470192390/1	: ת.ז. כללית
		: באמצעות גל הבראות

בכבוד רב,
איילון חברה לביטוח בע"מ
שם הסוכן: צבי נתן

עותק למבוטח



115040 צבי נתן
רשימה לביטוח הוצאות רפואיות
המהווה חלק בלתי נפרד מתנאי הפוליסה (01)

דף-1

עוֹתָק לִמְבוּטָח

זהו לקוח: 3336104 רייד זהבה
ענף: 570 פוליסה: 1-57-125120/24 /א תוספת: 0

שם המבוטח: רייד זהבה

כתובת: _____
השלים: 53
באר שבע: 8442433 מיקוד: 5097723

מס. מזהה: 5097723
תקופת הביטוח: מ-12/05/2024 שעה: 00:01
עד-10/06/2024 שעה: 24:00
תאריך הצעה: 16/05/2024

תאור הכסוי/פרטי הכסוי

פוליסת בריאות לעובד זר

שם המבוטח: ANALYN
מספר דרכון: ROBLES
תאריך כניסה לישראל: P5097723B
תאריך לידה: 01/01/2001
15/12/1986

חשוב הפרמיה: 3,230.25
מספר ימי ביטוח: 30 X פרמיה ליום: 8.85

סה"כ פרמיה שנתית לתקופה של 30 ימים: 3,230.25
265.50

פרמיה שער הפרמיה סכום הביטוח

פירוט התשלומים:

דמי הביטוח ישולמו למבטח ב- 1 תשלומים חודשיים רצופים, החל מחודש 5/2024, (ובתנאי שתשלום אחרון לא יחרוג מתום תקופת הביטוח)
באמצעות כרטיס אשראי ישראל כרטיס רגיל שמסתיים בספרות 0917

תאריך הדפסה: 16/05/2024 (הדפסה חוזרת ב-6/07/2025)
זהו משנ: 2849826
חודש בורדרו: 05/2024 מקיש: 56026 מאשר: 56026

כרטיס זמני למבוטח
»TEMPORARY CARD
»=====

ת.ז. כללית: 7912247021/8
מספר דרכון: P5097723B
שם המבוטח: ANALYN
באמצעות: ROBLES
תקופת הביטוח: מ-12/05/2024 עד 10/06/2024
כרטיס זה תקף בהצגת תעודה מזוהה עם תמונה בלבד (כרטיס עובד/דרכון) ובתנאי שנתוני העובד נמצאים במחשבי הקופה.
This card is valid only when accompanied by an ID card with a photo (employee card/passport) and on condition that the bearer's data is registered in the fund's.
שירותי בריאות כללית *2700
clalit health services call center *2700



115040 צבי נתן
ענף: 570 פוליסה: 1-57-125120/24 / א תוספת: 0
שם המבוטח: רייך זהבה

16/05/2024

לכבוד
לכל מאן דבעי
א.ג.נ.,

הנדון: ביטוח רפואי לעובד זר/תייר»
»=====

הרינו לאשר כי המבוטח ששמו רשום להלן, מבוטח בביטוח רפואי בחברתנו מ-12/05/2024 עד 10/06/2024 בכפוף לתנאי הפוליסה המלאים.

ROBLES	ANALYN	: שם העובד
	15712512024	: מספר פוליסה
	P5097723B	: מספר דרכון
	7912247021/8	: ת.ז. כללית
		: באמצעות גל הבראות

בכבוד רב,
איילון חברה לביטוח בע"מ
שם הסוכן: צבי נתן

עותק למבוטח



נספח 4 :

טופס 1 - מינוי מומחים - הפניקס
אורתופדי

(עמודים 65 עד 65)



תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 26/

בבית משפט השלום
בהרצליה

זהבה רייך - נ ג ד - ארנוב נריו ואח'

התובעת, זהבה רייך, מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום האורתופדי בתחום הגריאטרי ובתחום הגסטרו לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגעה, טופלה במסגרת בית החולים סורוקה, בבאר שבע, ובמסגרת קופת החולים כללית.

העתקי סיכום מחלת התובעת מתוך תיק המוסד הרפואי שבו היא מטופלת מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובעת ושיש בהם ראיה על הנכות שהיא טוענת לה.

16
אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת



נספח 5 :

יפוי כח ווסר

(עמודים 67 עד 69)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה ה"ק שם פרטי ה"ק תעודת זהות 03336104 שם האב 313
 רחוב ה"ק מס' 53 עיר קארקל מיקוד 0522 629601 טלפון 0522 629601

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
 או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב' שם קופ"ח: כ"ח סניף: קארקל מס' חבר: _____ שם המוסד: _____
 רופאים: _____
 מכוניס, מעבדות: _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____
 במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
 תאריך: 2.3.25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: X

עו"ד ענת ברנשטיין-רייד
 מ.ר. 16335
 אבא הלל 7, רמת גן
 טל: 03-7526070 / 03-56489

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 0333 6104, מרחוב האל 53 כ"א תל אביב,
ת.ז. מס' 18.4.24, את עו"ד אריאל פרייברג ואו לחיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה בענין תאונת דרכים מיום 18.4.24 נגד החברה
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רשם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

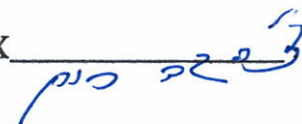
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 2 לחודש אפריל שנה 2025

חתימה X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד ענת ברנשטיין-רייך
מ. 16235
אבא הלל שמיר רמת גן
טל: 03-7526070 פקס: 03-5756489