

נא ציין את מספר תעודת זהות **057843021** 01/06/2022 עמוד 1 מתוך 8

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך **01** דפים

חותמת קבלה

תאריך: 06.06.2022

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

☐ תאונה בעבודה ☐ מחלת מקצוע, פרט ☐ הכשרה מקצועית ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי ☐ מתנדב ☐ עצמאי ☐ שכיר

פרטי התובע 1

שם משפחה _____ שם פרטי _____

אנאקרי _____ רחמים _____

טלפון קווי _____ טלפון נייד _____

דואר אלקטרוני: **ramianaki92@gmail.com**

מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לשבד זר)

0 5 7 8 4 3 0 2 1

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 _____

☐ 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 יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים

רחוב / תא דואר _____ מס' בית _____ כניסה _____ דירה _____ יישוב _____ מיקוד _____

קריית מלאכי _____ 8 _____ הירדן _____

2 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנא מלא סעיף 2א' שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל _____ חמי יואב תיירות (1992) בע"מ

תפקיד התובע במקום העבודה _____

רחוב / תא דואר _____ מס' בית _____ כניסה _____ דירה _____ יישוב _____ מיקוד _____

קיבוץ שדה יואב _____

טלפון קווי _____ טלפון נייד _____

0 8 - 6 7 2 1 1 5 0 0 8 - 6 7 2 3 3 0 5

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐ כן, פרט: _____

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☒ לא ☐ כן, פרט: _____

עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)

שם העסק _____ סוג העיסוק _____

רחוב / תא דואר _____ מס' בית _____ כניסה _____ דירה _____ יישוב _____ מיקוד _____

טלפון קווי _____ טלפון נייד _____

טלפון קווי _____ טלפון נייד _____

טלפון פקס _____

נא ציין את מספר תעודת זהות 057843021

01/06/2022 עמוד 1 מתוך 8

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך

דפים

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

☐ תאונה בעבודה ☐ מחלת מקצוע, פרט ☐ הכשרה מקצועית ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי ☐ מתנדב ☐ עצמאי ☐ שכיר

1 פרטי התובע

שם משפחה _____ שם פרטי _____

אנאקי _____ רחמים _____

טלפון קווי _____ טלפון נייד _____

דואר אלקטרוני: ramianaki92@gmail.com

מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לשבד זר)

0 5 7 8 4 3 0 2 1

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 _____

☐ 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 יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים

רחוב / תא דואר _____ מס' בית _____ כניסה _____ דירה _____ יישוב _____ מיקוד _____

קריית מלאכי 8 הירדן

2 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנא מלא סעיף 2א'

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל _____ תמי יואב תיירות (1992) בע"מ

תפקיד התובע במקום העבודה _____

רחוב / תא דואר _____ מס' בית _____ כניסה _____ דירה _____ יישוב _____ מיקוד _____

קיבוץ שדה יואב _____

טלפון קווי _____ טלפון נייד _____

0 8 - 6 7 2 3 3 0 5 0 8 - 6 7 2 1 1 5 0

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐ כן, פרט: _____

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☒ לא ☐ כן, פרט: _____

עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמור/ה לבצע)

שם העסק _____ סוג העיסוק _____

רחוב / תא דואר _____ מס' בית _____ כניסה _____ דירה _____ יישוב _____ מיקוד _____

טלפון קווי _____ טלפון נייד _____

עמוד 3 מתוך 8

01/06/2022

נא ציין את מספר תעודת זהות 0 5 7 8 4 3 0 2 1

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

מי טיפל לראשונה בפגיעה?
(שם החפא/שיחת רפואי)מהות החבלה
(לדוגמא: שבר, פצע, חתך)

האיבר שנפגע

שם בית החולים / מחלקה: בית החולים אורל
 תקופת אשפוז: לברי האמה וחתיים מאכבא
 תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה: 12/1/14

שם בית החולים / מחלקה: בית החולים אורלשעה: 12/1/14שנה: 31/05/2022
חודש: 12/1/14
יום: 12/1/14

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום?

כן, ☐ לא, ☒

פרטי החפאים המטפלים

טלפון המרפאה

כתובת המרפאה

תחום המומחיות

שם הרופא

08-8589200

שבה סופלתי או אני מסופל

יחידת טיפול

בית החולים אורל

5

סיוע בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כןהגוף המסייע: ☐ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ אחר _____

שם הגוף המייצג או המסייע: _____

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה

☐ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח.
☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות

☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר _____

☐ תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____
האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☐ לא ☐ כן

תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____

כתובת _____ מס' טלפון _____

מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☐ כן, נא לצרףהתביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____

עמוד 4 מתוך 8

01/06/2022

נא ציין את מספר תעודת זהות 057843021

7 פירוט העיסוקים

7

לפני הפגיעה

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת, נא סמן את הסיבה:

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת _____ * נא לצרף אישורים מתאימים

☒ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

מתאריך שנה חודש יום עד תאריך שנה חודש יום עד שעה משעה עד שעה		מתאריך שנה חודש יום עד תאריך שנה חודש יום עד שעה משעה עד שעה	
--	--	--	--

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ ☒ סרס חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלה ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

☐ משעה 7:30 עד שעה 18:00
☐ עבודה במשמרות

8

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) _____

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) _____

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך 09/06/2022 שם פרטי ומשפחה חתימה X _____

עמוד 5 מתוך 8

01/06/2022

נא ציין את מספר תעודת זהות 057843021

9

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני פרטיי רשומים מטה:
שמות בעלי החשבון

אנא קי רחמים

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
10	בנק לאומי	985	1986459

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון הפרטי

10

פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

11

הצהרת התובע/מגיש התביעה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דים קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, יודוע לי כי המוסד תשאי לדרישת תחזית ואישורים מספיים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך 09/06/2022 חתימת התובע רחמים

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	@

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: ייפוי כח, אפוסטרופוסט, פסק דין או ויתור סודיות - יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה _____ ת.ז. _____
בז' 211 (04.2021)

עמוד 6 מתוך 8

01/06/2022

נא ציין את מספר תעודת זהות 057843021

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

1

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: _____ שעת הפגיעה: _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: _____

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק בו: _____האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן 1. שם _____ ת.ז. _____

2. שם _____ ת.ז. _____

תפקיד הנפגע במפעל _____ מטרת יציאתו מחוץ למפעל _____ שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת _____ תפקידו _____

שעת היציאה

שעת החזרה הצפויה

☐ תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____☐ פגיעה בדרך לעבודה:

באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא,

הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

2

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי

שם המפעל / המעסיק

9 5 1 1 4 1 1 5 9 0 0

חמי יואב היירוה(1992) בע"מ

תאריך תחילת עבודה: _____ מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי היקף המשרה ב-% _____ מספר ימי העבודה בשבוע: 6

28/04/22

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות: _____ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שוכללו בשכר בחטו	שם התשלום
חודש 05/22	29.0	☒ יומי ☐ חודשי	14054	סכום	שם התשלום
חודש 04/22	1.0	☒ יומי ☐ חודשי	499	ללקופה	
חודש 03/22	אין תלוש	☐ יומי ☐ חודשי			
חודש 02/22	אין תלוש	☐ יומי ☐ חודשי			

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ העובד לא שב עדיין לעבודה. ☒☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט _____☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☒ כן ☐ לא☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____

שוגר סופס 100: ☐ כן ☐ לא

מ/211 (04.2021)

מ/211 (04.2021)

עמוד 5 מתוך 8

01/06/2022

נא ציין את מספר תעודת זהות 057843021

9

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

אנא קי רחמים

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
10	בנק לאומי מ.מ.ס.מ.ל. קניון	985	1986459

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: ☐ אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון הפרטי

10

פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

11

הצהרת התובע/מגיש התביעה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינם קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שימי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שימי בתוך 30 יום.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל לא עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

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.

תאריך 09/06/2022 חתימת התובע * רחמים
פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	קרבה לתובע

טלפון קווי _____ טלפון נייד _____ דואר אלקטרוני: _____@_____

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: ייפוי כח, צ' אפוסטרופסות, פסק דין או ניתוח סודיות - יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה _____ ת.ז. _____
נ/ל (04.2021) 211

עמוד 7 מתוך 8

01/06/2022

נא ציין את מספר תעודת זהות 057843021

3

פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: 1.58☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו☐ לא נצברו ימי מחלה☐ אחר☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה

(שם הקרן)

4

הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי ידיעתנו.

אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

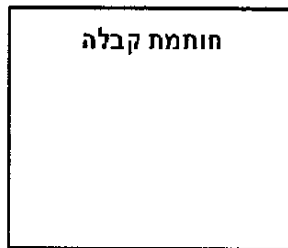
אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

תאריך 09/06/2022 תפקיד החותם מנכ"ל (שם החותם) ד"ר יעקב חתימה וחזמת ד"ר יעקבחתימת יעקב
ח.פ. 511652190

5

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה**מעסיק מורשה לפי תהנה 22:**☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.**מעסיק מאושר לפי סעיף 343:**☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)**קיבוצי:**☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____חתימת המעסיק וחזמת X
(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

עמוד 8 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות 057843021

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה

מספר זהות/דרכון

קוד גמלה

31/05/2022
שנה חודש יום

5 7 8 4 3 0 2 1
1

60

שם פרטי
רחמים

שם משפחה
אנאקי

חבר בקופת חולים

☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☒ אחר _____

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך 09/06/2022 חתימת המבוטח * יוסף יעני

המרכז הרפואי האוניברסיטאי ברזילי
רחוב ההסתדרות 2, מיקוד 7830604, אשקלון
טל 08-6745555 פקס 08-6736750
The Barzilai University Medical Center
Hahistadroul St 2, Ashkelon 7830604, Israel
Tel (972)-8-6745555 Fax (972)-8-6736750
www.barzilaihc.org.il



המרכז הרפואי האוניברסיטאי
ברזילי
בית החולים הכירורגי ע"ש
שילה ואריק סמסון
אשף אמן רב



סודי רפואי

מעדכן ל: 31/05/2022, 13:29

אח/ות אחראית: גליה רוזנברג

מחלקה לרפואה דחופה

מנהל/ות מחלקה לרפואה דחופה: דר' ריק יונתן מ.ר. 119197

סיכום ביקור במיון - 11238019

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996 וחוק הגנת הפרטיות. תשמ"א-1981
ואין למסור אותו ולא את תוכנו ולא איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ולא גוף אלא בהתאם להוראות בחוק.
מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המספל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

אנאק'י רחמים		ת.ז.: 57843021	מין: זכר	ת.לידה: 02/10/1962	גיל: 59
שם האב: יהודה		שם האם: נעמי	קופ"ת: קופ"ח כללית	טל: 055-6644686	
מצב משפחתי: נשוי/אה + 6		כתובת: הירדן 8 קרית מלאכי /קרית מלאכי, 8302136			

נחנ'י ביקור במיון

תאריך קליטה במיון: 31/05/2022, שעה: 12:14

תאריך שחרור בפועל

תאריך שחרור: 31/05/2022 שעה: 13:28

יעד השחרור: לביתו/ה

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: חבלת גפיים

הערות: נסגר על אצבעותי מ 2 3 4 יד ימין דלת ללא דימום פעיל

החלטה: שחרור

אבחנות באשפוז/שחרור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
CLOSED FRACTURE OF PHALANX OR PHALANGES OF HAND, UNSPECIFIED	816.00	Right	31/05/2022	✓			
3							

חלונה עיקרית

בן 59, בריא ב"כ,

ללא אלרגיות ידוע.

פנה בשל חבלה באצבע שלישית בכף יד ימין ביום קבלתו.

מלין על כאב וקושי בהנעה, ללא חסר נוירולוגי.

לדבריו אירע בעבודה.

בבדיקתו:

אצבע 3 בכף יד ימין:

נפוחות בגליל מקורב, ללא דפורמציה, רוסם שיפשוף שיתחי בעור, רגישות במישוש גליל אמצעי של אצבע שלישי. מכופף ומיישר היטב. ללא scissoring. ללא הגבלת תנועה בשורש כף היד ויתר האצבעות, תחושה דיסטלית שמורה, מילוי קפילרי תקין. ללא חסר מירוסקולרי דיסטלי סלל פיזור רדיאלי, מדיאני ואולטרי.

רנטגן: קוי שבר רוכבי בגליל אמצעי של אצבע שלישית, ללא תזוזה. טופל בחבישת אצבע לאצבע.

מדדים

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק	חום	סטורציה
12:27 31/05/2022	133 / 66	66	36.4	100

לא ידועה רגישות לתחפות

לא ידועה רגישות לחומרים

ביצוע תרופות

תרופה	תזמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
ACAMOL CPL 500MG CPL 1000 mg	Once	12:25 31/05/2022 הללי אדם מ.ר. 230732	CPL 1000 mg PO

סיכום ודיון

המלצות כלליות

המלצה: מעקב רופא מטפל משככי כאבים לפי הצורך יד מורמת במנוחה מעל גובה הלב מעקב רופא מטפל מנוחה * 7 ימים מעקב אורתופד בקופ"ח בעוד כשבועיים פניה לרפיו בעיסוק בהקדם נא לברר בקופת חולים לגבי תוקף של חיסון טטנוס בהחמרה: כאב מוחמר, שינוי צבע גפה, חסר נירולוגי # יש לפנות לטיפול רפואי חופשת מחלה: 3 שבועות.

חתימת רופא/ה בשחרור

זמן חתימה	תפקיד	שם חתום
31/05/2022 13:28	רופא	ד"ר צרסורסקי יבגני משה 1-47145

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

מספר תעודת	57843021	מספר העמוד	0188
מ.מס.מס.1-הודעה		העמוד בו	
מספר המסמך	000	תאריך	00.03.04
מחלקת	000	תאריך עדכון	28.12.2022
מצב מסמך	0		
דפים	000	דפים	000
בתי	10 985	העמוד	001986459

החלטת הוועדה להקמת מועצה להגנה על זכויות יוצרים
 8
 0

[illegible][illegible]

חברה : 018 - קבוצת י.ר.מ. שלמה ובנ
כתובת: ת.ד. 70
ישוב : קרית גת 0

אנאקיי רחמים
הירצון 8
קרית מלאכי 0

000 : זרנג
10/985 : בוק

כל הזכויות שמורות למי כפי מיקרו מחשבים בע"מ לרואה: 9393023

6266.00 לתשלום

[illegible]

תלוש שכר לחודש 03/2022
הודפס בתאריך 29/05/2022
דף 1 מחוך 1

תיק ניכויים: 926631862
מספר תאגיד: 514959816
תיק בי"ל: 92663186200

חברה: 018 - קבוצת י.ר.מ. שלמה וב
כתובת: ת.ד. 70
ישוב: קרית גת 0

פרטים אישיים

מספר זהות: 57843021
משרה: 1-יחידה
בסיס השכר: שעתי
מחלקה: 002 תפעול
מצב משפחתי: נ+1
מספר העובד: 0421
תושב: כן
ותק: 00.07.25
תחילת עבודה: 07/08/2021
דרגה: 000
דרגה: 000
חשבון: 001986459
ותק מ-:
בנק: 10/985

לכבוד

אנאקי רחמים
הירדן 8
קרית מלאכי 0

תאור התשלום	כמות	תעריף	גילום	שווי למס	התשלום	נכויי חובה	הניכוי
001 משכורת	140.00	45.00			6300.00	מס הכנסה	977.38
004 נסיעות	20.00	22.60			452.00	ב.לאומי	430.00
024 שווארמות	20.00	10.00		200.00		מס בריאות	486.00
007 ש.ג. 125%	40.00	56.25			2250.00	001 כלל 170	378.00
008 ש.ג. 150%	43.25	67.50			2919.38		
סה"כ תשלומים				200.00	11921.38	ניכויי חובה	2271.38

נתונים נוספים	נתונים מצטברים	חשבון חופשה	שכר נטו
ימי עבודה: 20	שכר חייב מס: 34806.23	יחידה קודמת: 4.89	9650.00
שעות עבודה: 223.2	שווי למס: 680.00	צבירה ת.ז.: .77	
שעות ליים: 8.36	שכר ב.לאומי: 34806.23	ניצול ת.ז.: .00	
נק. רגילות: 2.25	מס הכנסה: 2886.23	יחידה חדשה: 5.66	
אחוז מס שולי: 20%	בס. לאומי: 1181.00	חשבון מחלה:	
קדו מהדורה: 9.1337	מס בריאות: 1380.00	יחידה קודמת: 7.31	
חשוב מצטבר: כ/	כלל 170: 378.00	צבירה ת.ז.: 1.15	
אופן תשלום: בנק		ניצול ת.ז.: .00	
		יחידה חדשה: 8.46	
			נכויי רשות

למשלום	9650.00
--------	---------

חברה : 018 - קבוצת י.ר.מ שלמה וב
כתובת: ת.ד 70
ישוב : קרית גת 0

אנאקי רחמים
הירדן 8
קרית מלאכי 0

כל הזכויות שמורות למיכפל מיקרו מהדשבים (1983) בע"מ לקוח: 2309391

9572.00 לתשלום

חברה : 018 - קבוצת י.ר.מ. שלמה וב
כתובת : תד 70
ישוב : קרית גת 0

אנאקי רחמים
הירדן 8
קרית מלאכי 0

ד"ר: 000
בנק: 10/985

כל הזכויות שמורות למיכאל מיקר מהשנים (1983) בע"מ לקוח: 9139309223

20	ימי עבודה
207.2	שעות עבודה
8.36	שעות ליום
2.25	בק. דמלית
20%	האחר מן שולי
9.132%	קוד מהדורה
1/4	החשוב מצטבר
בק	אופן תשלום

נכנ"י רש



תחום: אורתופדיה
כתובת: המ"ג, 14
מספר: קרית מלאכי - מרכז מקצועי
טלפון: 08-8589200
פקס: 08-8589210
מחוז: מרכז

תאריך: 13/06/2022

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	אנאקי רחמים	מס זהות:	00057843021	גיל:	59.08	מין:	ז
ת.לדה:	02/10/1962	שם האב:	יהודה	ישו:	קריית מלאכי	רחוב:	הירדן	
מס בית:	8	טלפון:	08-8609329	טלפון מסך:	055-6644686			

תאריך תאונה: 31/05/2022

2 תאונות עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

אבחנה
FRACTURE PHALANX/PHALANGES CLOSED

קוד:
8160

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ אינו/ה מסוגלת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 31/05/2022	עד יום 02/07/2022	(בכלל)	סה"כ 33 ימים
13/06/2022	13/06/2022		

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר שחל בצלאל

חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה בקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

מרכז רפואי
מ.ר. 88514
סניף
בראון/כלנית



טלפון

08-8589210

מס' פקס

08-8589210

מרכז

מחוז

אח' רפואה

המ"ג, 14

קרית מלאכי - מרכז מקצועי

כתובת

מס' בית

תאריך: 13/06/2022

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	אנאקי רחמים	מס זהות:	00057843021	גיל:	59.08	מין:	ז
תלדה:	02/10/1962	שם האב:	יהודה	ישוב:	קריית מלאכי	רחוב:	הירדן	
מס בית:	8	טלפון:	08-8609329	טלפון נוסף:	055-6644686			

שלום רב,

13/06/2022

תאריך הביקור:

תאריך תאונה: 31/05/2022

2 תאונת עבודה

סוג ביקור:

רגיל

מהות הביקור:

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 02/06/2022:

חבלת אצבעות 2-4 בעבודה לפני יומיים

טופל וצולם במיון ברזילי על פי הסיכום - שבר רוחבי ללא תזוזה גליל מרכזי

אצבע 3.

קיבוע

מחלה מעקב בהמשך לפי הצורך

13/06/2022

עדיין כאבים ירידה תחושתית גם בחצי אולנרי של גליל מרוחק אצבע 2 ימין, חבלה

באזור DIP.

המשך מחלה

אבחנה

FRACTURE PHALANX/PHALANGES CLOSED

איפיון

קוד

8160

קוד מתאריך עד תאריך סטטוס

113 31/05/2022 02/07/2022 הופק

אישור

תאונת עבודה (תעודה ראשונה)

בברכה,

88514

ד"ר שחל בצלאל

חתימה וחומת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

מרכז רפואי
מ.ר. 88514
בראשית



מספר רשיון 88514
טלפון 08-8589200
פקס 08-8589210
מחוז מרכז

ד"ר שחל בצלאל
אורתופדיה
המ"ג, 14
קרית מלאכי - מרכז מקצועי

שם הרופא
תחום
כתובת
מרפאה

תאריך: 13/06/2022

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	אנאקי רחמים	מס זהות:	00057843021	גיל:	59.08	מין:	ז
ת.לידה:	02/10/1962	שם האב:	יהודה	ישוב:	קרית מלאכ	רחוב:	הירדן	
מס בית:	8	טלפון:	08-8609329	טלפון נוסף:	055-6644686			

תאריך תאונה: 31/05/2022

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

אבחנה
FRACTURE PHALANX/PHALANGES CLOSED

קוד
8160

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 31/05/2022	עד יום 02/07/2022 (בכלל)	סה"כ 33 ימים
13/06/2022	13/06/2022	

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר שחל בצלאל

חתימה וחומת המרפאה של השרות הרפואי המוסמך

חומת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



מספר רשיון 88514
טלפון 08-8589200
פקס 08-8589210
מחוז מרכז

שם הרופא ד"ר שחל בצלאל
תחום אורתופדיה
כתובת המ"ג, 14
מרפאה קרית מלאכי - מרכז מקצועי

תאריך: 13/06/2022

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	אנאקי רחמים	מס זהות:	00057843021	גיל:	59.08	מין:	ז
תלידה:	02/10/1962	שם האב:	יהודה	ישוב:	קריית מלאכ	רחוב:	הירדן	
מס בית:	8	טלפון:	08-8609329	טלפון נוסף:	055-6644686			

שלום רב,

תאריך הביקור: 13/06/2022
סוג ביקור: 2 תאונת עבודה
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 02/06/2022:
חבלת אצבעות 2-4 בעבודה לפני יומיים
טופל וצולם במיון ברזילי על פי הסיכום - שבר רוחבי ללא תזוזה גליל מרכזי
אצבע 3.
קיבוע
מחלה מעקב בהמשך לפי הצורך
13/06/2022:
עדיין כאבים ירידה תחושתית גם בחצי אולנרי של גליל מרוחק אצבע 2 ימין, חבלה
באזור DIP.
המשך מחלה

קוד איפיון אבחנה
8160 FRACTURE PHALANX/PHALANGES CLOSED

אישור קוד מתאריך קוד
תאונת עבודה (תעודה ראשונה) 113 31/05/2022
סטטוס עת תאריך 02/07/2022 הופק

בברכה,

שם הרופא ד"ר שחל בצלאל
מס' רשיון 88514
חתימה וחוקמת הרופא

מרכז רפואי
מ.ר. 88514
שירות
בריאות כללית

תקופת שנת העסקים 05/2022
התאריך: 09/06/2022
דף: 1 מתוך 1

חשבונית מס' 951141159
מספר האגדה: 511652190
חשבונית מס' 951141159000

חברת: 015 - חברת נאב תעבורה (1992) בע"מ
כתובת: תחנת שדה נאב
טל: 79351

פרטים אישיים

מספר העסק: 0188
חשבונית מס' 57843021
חשבונית מס' 57843021
מספר העסק: 0188
חשבונית מס' 57843021
חשבונית מס' 57843021

מספר חשבונית: 57843021
מספר חשבונית: 57843021
מספר חשבונית: 57843021
מספר חשבונית: 57843021
מספר חשבונית: 57843021

חשבונית מס' 000
חשבונית מס' 000
חשבונית מס' 000

חשבונית מס' 000
חשבונית מס' 000
חשבונית מס' 000

הערות

אנא ראו פרטים
חשבונית מס' 8
חשבונית מס' 0

הערות	מספר חשבונית	הערות	מספר חשבונית	הערות	מספר חשבונית	הערות	מספר חשבונית
001	518.35	004	566.00	024	582.00	007	518.35
004	566.00	024	582.00	007	518.35	008	566.00
008	518.35	009	566.00	010	582.00	011	518.35
011	566.00	012	582.00	013	518.35	014	566.00
014	518.35	015	566.00	016	582.00	017	518.35
017	566.00	018	582.00	019	518.35	020	566.00
020	518.35	021	566.00	022	582.00	023	518.35
023	566.00	024	582.00	025	518.35	026	566.00
026	518.35	027	566.00	028	582.00	029	518.35
029	566.00	030	582.00	031	518.35	032	566.00
032	518.35	033	566.00	034	582.00	035	518.35
035	566.00	036	582.00	037	518.35	038	566.00
038	518.35	039	566.00	040	582.00	041	518.35
041	566.00	042	582.00	043	518.35	044	566.00
044	518.35	045	566.00	046	582.00	047	518.35
047	566.00	048	582.00	049	518.35	050	566.00
050	518.35	051	566.00	052	582.00	053	518.35
053	566.00	054	582.00	055	518.35	056	566.00
056	518.35	057	566.00	058	582.00	059	518.35
059	566.00	060	582.00	061	518.35	062	566.00
062	518.35	063	566.00	064	582.00	065	518.35
065	566.00	066	582.00	067	518.35	068	566.00
068	518.35	069	566.00	070	582.00	071	518.35
071	566.00	072	582.00	073	518.35	074	566.00
074	518.35	075	566.00	076	582.00	077	518.35
077	566.00	078	582.00	079	518.35	080	566.00
080	518.35	081	566.00	082	582.00	083	518.35
083	566.00	084	582.00	085	518.35	086	566.00
086	518.35	087	566.00	088	582.00	089	518.35
089	566.00	090	582.00	091	518.35	092	566.00
092	518.35	093	566.00	094	582.00	095	518.35
095	566.00	096	582.00	097	518.35	098	566.00
098	518.35	099	566.00	100	582.00	101	518.35
101	566.00	102	582.00	103	518.35	104	566.00
104	518.35	105	566.00	106	582.00	107	518.35
107	566.00	108	582.00	109	518.35	110	566.00
110	518.35	111	566.00	112	582.00	113	518.35
113	566.00	114	582.00	115	518.35	116	566.00
116	518.35	117	566.00	118	582.00	119	518.35
119	566.00	120	582.00	121	518.35	122	566.00
122	518.35	123	566.00	124	582.00	125	518.35
125	566.00	126	582.00	127	518.35	128	566.00
128	518.35	129	566.00	130	582.00	131	518.35
131	566.00	132	582.00	133	518.35	134	566.00
134	518.35	135	566.00	136	582.00	137	518.35
137	566.00	138	582.00	139	518.35	140	566.00
140	518.35	141	566.00	142	582.00	143	518.35
143	566.00	144	582.00	145	518.35	146	566.00
146	518.35	147	566.00	148	582.00	149	518.35
149	566.00	150	582.00	151	518.35	152	566.00
152	518.35	153	566.00	154	582.00	155	518.35
155	566.00	156	582.00	157	518.35	158	566.00
158	518.35	159	566.00	160	582.00	161	518.35
161	566.00	162	582.00	163	518.35	164	566.00
164	518.35	165	566.00	166	582.00	167	518.35
167	566.00	168	582.00	169	518.35	170	566.00
170	518.35	171	566.00	172	582.00	173	518.35
173	566.00	174	582.00	175	518.35	176	566.00
176	518.35	177	566.00	178	582.00	179	518.35
179	566.00	180	582.00	181	518.35	182	566.00
182	518.35	183	566.00	184	582.00	185	518.35
185	566.00	186	582.00	187	518.35	188	566.00
188	518.35	189	566.00	190	582.00	191	518.35
191	566.00	192	582.00	193	518.35	194	566.00
194	518.35	195	566.00	196	582.00	197	518.35
197	566.00	198	582.00	199	518.35	200	566.00
200	518.35	201	566.00	202	582.00	203	518.35
203	566.00	204	582.00	205	518.35	206	566.00
206	518.35	207	566.00	208	582.00	209	518.35
209	566.00	210	582.00	211	518.35	212	566.00
212	518.35	213	566.00	214	582.00	215	518.35
215	566.00	216	582.00	217	518.35	218	566.00
218	518.35	219	566.00	220	582.00	221	518.35
221	566.00	222	582.00	223	518.35	224	566.00
224	518.35	225	566.00	226	582.00	227	518.35
227	566.00	228	582.00	229	518.35	230	566.00
230	518.35	231	566.00	232	582.00	233	518.35
233	566.00	234	582.00	235	518.35	236	566.00
236	518.35	237	566.00	238	582.00	239	518.35
239	566.00	240	582.00	241	518.35	242	566.00
242	518.35	243	566.00	244	582.00	245	518.35
245	566.00	246	582.00	247	518.35	248	566.00
248	518.35	249	566.00	250	582.00	251	518.35
251	566.00	252	582.00	253	518.35	254	566.00
254	518.35	255	566.00	256	582.00	257	518.35
257	566.00	258	582.00	259	518.35	260	566.00
260	518.35	261	566.00	262	582.00	263	518.35
263	566.00	264	582.00	265	518.35	266	566.00
266	518.35	267	566.00	268	582.00	269	518.35
269	566.00	270	582.00	271	518.35	272	566.00
272	518.35	273	566.00	274	582.00	275	518.35
275	566.00	276	582.00	277	518.35	278	566.00
278	518.35	279	566.00	280	582.00	281	518.35
281	566.00	282	582.00	283	518.35	284	566.00
284	518.35	285	566.00	286	582.00	287	518.35
287	566.00	288	582.00	289	518.35	290	566.00
290	518.35	291	566.00	292	582.00	293	518.35
293	566.00	294	582.00	295	518.35	296	566.00
296	518.35	297	566.00	298	582.00	299	518.35
299	566.00	300	582.00	301	518.35	302	566.00
302	518.35	303	566.00	304	582.00	305	518.35
305	566.00	306	582.00	307	518.35	308	566.00
308	518.35	309	566.00	310	582.00	311	518.35
311	566.00	312	582.00	313	518.35	314	566.00
314	518.35	315	566.00	316	582.00	317	518.35
317	566.00	318	582.00	319	518.35	320	566.00
320	518.35	321	566.00	322	582.00	323	518.35
323	566.00	324	582.00	325	518.35	326	566.00
326	518.35	327	566.00	328	582.00	329	518.35
329	566.00	330	582.00	331	518.35	332	566.00
332	518.35	333	566.00	334	582.00	335	518.35
335	566.00	336	582.00	337	518.35	338	566.00
338	518.35	339	566.00	340	582.00	341	518.35
341	566.00	342	582.00	343	518.35	344	566.00
344	518.35	345	566.00	346	582.00	347	518.35
347	566.00	348	582.00	349	518.35	350	566.00
350	518.35	351	566.00	352	582.00	353	518.35
353	566.00	354	582.00	355	518.35	356	566.00
356	518.35	357	566.00	358	582.00	359	518.35
359	566.00	360	582.00	361	518.35	362	566.00
362	518.35	363	566.00	364	582.00	365	518.35
365	566.00	366	582.00	367	518.35	368	566.00
368	518.35	369	566.00	370	582.00	371	518.35
371	566.00	372	582.00	373	518.35	374	566.00
374	518.35	375	566.00	376	582.00	377	518.35
377	566.00	378	582.00	379	518.35	380	566.00
380	518.35	381	566.00	382	582.00	383	518.35
383	566.00	384	582.00	385	518.35	386	566.00
386	518.35	387	566.00	388	582.00	389	518.35
389	566.00	390	582.00	391	518.35	392	566.00
392	518.35	393	566.00	394	582.00	395	518.35
395	566.00	396	582.00	397	518.35	398	566.00
398	518.35	399	566.00	400	582.00	401	518.35
401	566.00	402	582.00	403	518.35	404	566.00
404	518.35	405	566.00	406	582.00	407	518.35
407	566.00	408	582.00	409	518.35	410	566.00
410	518.35	411	566.00	412	582.00	413	518.35
413	566.00	414	582.00	415	518.35	416	566.00
416	518.35	417	566.00	418	582.00	419	518.35</

חלוש שכר לחודש 12/2021
הודפס בתאריך 29/05/2022
דף 1 מתוך 1

תיק ניכויים: 926631862
מספר תאגיד: 514959816
תיק ב"ל: 92663186200

חברה: 018 - קבוצת י.ר.מ. שלמה וב
כתובת: ת.ד. 70
ישוב: קרית גת 0

פרטים אישיים

מספר זהות: 57843021
משרה: 1-יחידה
בסיס השכר: שעות
מחלקה: 002 תפעול
מצב משפחתי: נ-1
דרגה: 000
חשבון: 001986459
ווחק מ-:
בנק: 10/985

לכבוד

אנאקי רחמים
הירדן 8
קרית מלאכי 0

תאור התשלום	כמות	תעריף	גילום	שווי למס	התשלום	נכויי חובה	הניכוי
001 משכורת	132.58	45.00			5966.10	מס הכנסה	874.35
004 נסיעות	19.00	22.60			429.40	ב.לאומי	371.00
024 שוויארוחות	19.00	10.00		190.00		מס בריאות	443.00
007 ש.ג.ס 125%	36.00	56.25			2025.00		
008 ש.ג.ס 150%	39.42	67.50			2660.85		
סה"כ השלומים					11081.35	ניכויי חובה	1688.35

נתונים נוספים		נתונים מצטברים		חשבון חופשה	
ימי עבודה	19	שכר חייב מס	45785.88	יתרה קודמת	2.62
שעות עבודה	208.0	שווי למס	1070.00	צברה ח.ז.	.73
שעות ליום	8.36	שכר ב.לאומי	45785.88	ניצול ח.ז.	.00
נק. רגילות	2.25	מס הכנסה	2737.88	יתרה חדשה	3.35
אחוז מס שולי	20%	בס. לאומי	1229.00	חשבון מחלה	
קוד מהדורה	9.131	מס בריאות	1720.00	יתרה קודמת	3.92
חשוב מצטבר	8/ק/	ב.לאומי מעסיק	600.64	צברה ח.ז.	1.09
אופן תשלום	בנק	שכר מי.חודש	5300.00	ניצול ח.ז.	.00
		שכר מי.שעה	29.12	יתרה חדשה	5.01

שכר נטו	9393.00	למשלום	9393.00
---------	---------	--------	---------

8 יולי 1 תשפ"ב 01/06/2022 057843021 תולדות מעדות תורת לאור את הפורמט תא א"א

LGE³ 4000