

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

5.8.19

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד
בדוא"ל ובפקס

לכבוד
ענבל סעדיה קונסטנטיני, עו"ד
מחלקת תביעות
קרנית – קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים
ובפקס: 03-7111667

ח.נ. שלום רב,

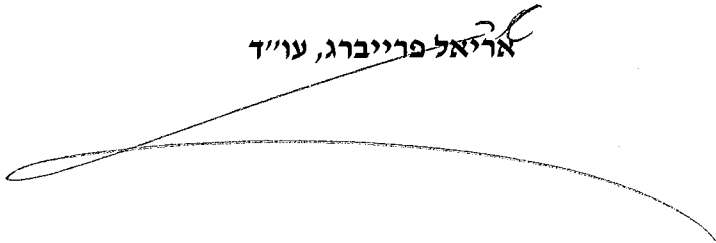
הנדון: אחמד ביטוני, ת.ז. 34064667
ת.א. 19-07-46190, מספרכם: 329087

הריני מאשר קבלת מכתבך מיום 29.7.19 והנני מתכבד להשיבך כדלקמן:

1. לאחר בירור עם מרשי להלן הפרטים המבוקשים על ידכם.
2. כפי שצינתי בשיחתנו, מרשי לא פנה למשטרה.
3. מצ"ב תמונת הכלי אשר צורפה לכתב התביעה.
4. כן, מצ"ב טופס בל 250, העתק התביעה לדמי פגיעה והתביעה לנכות.
5. מהאמור לי ממרשי הכלי בבעלות חברת א.ח. כלפון שמקום מושבם ביישוב בר גיורא.
6. תלושי שכר עובר לתאונה.
7. לעיונך וטיפולך המסור אודה.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד



1



עמוד 1 מתוך 2

תאריך קבלת הטופס בקופה		
שנה	חודש	יום

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – ביטוח נפגעי עבודה



בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס

פרטי המעסיק		שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	
מספר תיק ניכויים	טלפון קווי	א.ש. כהן חסא קניאלי קלר	
943 1999 19	02 584 993 1	מס' בית	רחוב / תא דואר
יישוב	מיקוד	2	חיים קרן
יבנא	9758704		
טלפון פקס	02 585 2404		

לכבוד קופת חולים / בית חולים כסא

נא להגיש עזרה רפואית לי: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר

פרטי התובע		שם משפחה	
שם פרטי	מין	קוסאני	
אחאק	☒ זכר ☐ נקבה		
מספר זהות / דרכון		ס"ב	
034064667			
כתובת		רחוב / תא דואר	
מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
טלפון קווי		טלפון נייד	
		0542173493	

פרטי התאונה		נפגע בתאריך	
שנה	חודש	יום	בשעה
18	10	15	12:00
מקום התאונה:		ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☒ אחר	
כתובת מקום התאונה			
תיאור התאונה		יאלק (יה) כסאן חסא כהן קניאלי קלר פגוע ונכבד	
האיבר שנפגע		ברך שמאלית של היד ימנית	
שם המאשר ותפקידו		שם המאשר <u>אחאק כהן</u> תאריך <u>17/1/18</u> חתימה וחותמת המעסיק * <u>א.ש. כהן חסא קניאלי קלר</u>	

4 למילוי ע"י המוסד הרפואי	
☐ הנפגע חבר בקופת חולים	☐ כללית
☐ הנפגע אינו חבר בקופת חולים	☐ מאוחדת
☐ מהות התאונה (אבחנות רפואיות):	☐ מכבי
	☐ לאומית

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)		חותמת קבלה
מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים		

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

1 פרטי התובע

שם משפחה: **ביטוני** שם פרטי: **אחמד**

מספר אישי בצה"ל: **13091977** תאריך לידה: **13/09/1977**

שנה: **7** חודש: **6** יום: **4**

מצב משפחתי: ☐ רווקה ☐ אלמנה ☐ פרודה ☒ נשואה ☐ גרושה ☐ ידועה/בציבור

כתובת (הרשומה במשרד הפנים): **ת.ד. 25076 77800**

רחוב / תא דואר: **ירושלים** מיקוד: **9100**

טלפון קווי: **02-5852404** טלפון נייד: **052-5852404**

אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: ☐ אני מאשר קבלת הודעות SMS: ☐

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר: **ירושלים** מיקוד: **9100**

מס' בית: **97587** כניסה: **2** דירה: **1**

ישוב: **ירושלים** מיקוד: **9100**

2 פרטי מקום העבודה שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/מפעל: **א.ש. כהן חשמל בניה ותקשורת**

תפקיד התובע במקום העבודה: **מיקוד**

שם התובע: **אחמד ביטוני**

רחוב / תא דואר: **ירושלים** מספר בית: **2**

חיים קהן: **97587**

האם אתה אחד מבעלי החברה/בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐ כן, פרט: **02-5852404**

האם יש קרבה משפחתית בין לבין המעסיק: ☒ לא ☐ כן, פרט: **02-5852404**

עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק - יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/היית אמורה לבצע): **02-5852404**

שם העסק: **א.ש. כהן חשמל בניה ותקשורת**

סוג העיסוק: **חשמל**

רחוב / תא דואר: **ירושלים** מספר בית: **2**

מיקוד: **9100** ישוב: **ירושלים**

טלפון קווי: **02-5852404** טלפון נייד: **052-5852404**

3

פרטי הפגיעה

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפגיעה	היום בשבוע	תאריך הפגיעה
12:00	15/1/18	12:00	שני	15/01/18

היכן אירעה הפגיעה?

במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☒ מחוץ למפעל ☒ בדרך לביתך ☐ בדרך לעבודה ☐ (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר ☐ (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט

כאן נפלתי כשניסיתי להרים חבילה כבדה. הייתי לבד.

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☒ כן, פרט:

שם	כתובת	מספר טלפון	חבר לעבודה
שמחה	רחוב	052-268 4156	☒ מכר ☐ אחר
שמחה	רחוב	054-905 9850	☒ מכר ☐ אחר

האם מדובר בתאונת דרכים? ☐ לא ☐ כן, אם כן, נא למלא חלק 5 בעמוד הבא

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תפקיד	שם מקבל ההודעה	תאריך מסירת ההודעה
מנהל	שמחה	15/01/18

4

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

מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)	מהות החבלה (לדוגמה: שבר, פצע, חתך)	האירוע שנפגע
ד"ר ארנון	פצע	הרץ
שם בית החולים / מחלקה	תקופת אשפוז	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה
הרצאה		15/01/18

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☒ לא ☐ כן, פרט:

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה
		שבה טופלתי או אני מטופל	

סיוע בהגשת תביעה

5

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☒ לא ☐ כן,

הגוף המסייע: ☐ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוננת ☐ בית חולים

שם הגוף המייצג או המסייע: _____

פרטים על תאונת דרכים

6

האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה?

☐ לא ☐ כן, (אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)

האם נפגעת בהיתך:

☐ הולך רגל ☐ נוסע ברכב ☐ נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)

סוג הרכב המעורב בתאונה:

☐ פרטי ☐ מלגזה ☐ טרקטור ☐ אופנוע ☐ מונית ☐ אחר, פרט _____

הרכב בבעלות:

☐ פרטית ☐ מקום העבודה ☐ חברת השכרה/ ליסינג (יש לצרף עותק ההסכם) ☐ רכב ציבורי ☐ אחר _____

במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה _____ ומספר הקו _____

פרטי הנהג

שם ומשפחה

מספר זהות / דרכון

_____ ס"ב

שם ומשפחה

מספר זהות / דרכון

_____ ס"ב

שם ומשפחה

מספר זהות / דרכון

_____ ס"ב

נוסעים נוספים ברכב:

האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח?

☐ לא ☐ כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג'?

תביעה נגד _____ שם העו"ד המטפל _____

כתובתו _____

טלפון _____

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____

מס' תיק אזרחי _____

סוג התאונה בגזיקין

☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר

תביעה נגד אלי כהן חשד לזיוף / זיוף (אין שאלה) שם עורך הדין המטפל

כתובתו _____ מס' טלפון _____

מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום הנפגע? ☐ לא ☒ כן

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____

לפני הפגיעה

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

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

☐ קיבלת גמלה מהמוסד לביטוח לאומי, (כגון: אבטלה, מילואים, נכות, זקנה וכו') סוג הגמלה

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

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

□ שהיתי

בעסק

/

בעבוד

תי

☒ **חזרתי לעבודה מלאה** בתאריך ☐ **טרם חזרתי לעבודה** ☐ **לא נעדרתי מהעבודה**

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה

משעה 7:00 עד שעה 16:00

עמוד

המכרה למחולל חשמל

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)

המחיר של המעורבות הוא גבוה. המעורבות של הנהלת החברה בפרויקט, למשל, היא גבוהה. המעורבות של הנהלת החברה בפרויקט, למשל, היא גבוהה.

וארזיב

שם פרטי ומשפחה _____ חתימה x _____

פרטי חשבון הבנק של התובע

10

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

שמות בעלי החשבון

ביטוני אחד

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
בנק הפועלים בע"מ	הגבעה הצרפתית: ההגנה 21	784	352852

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון הפרטי
אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון 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, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך 24/1/18 חתימת מקבל התשלום * [חתימה]

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

11

☐ עיוור/ נכה 100%

☐ פטור חלקי *

הצהרת התובע/מגיש התביעה

12

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביועצין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך 24/1/18 חתימת התובע * [חתימה]
פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע

טלפון קווי	טלפון נייד	אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט
		☐

דואר אלקטרוני:

מאשר קבלת הודעות SMS ☐ כן ☐ לא

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: ייפוי כח, צו אפוסטרוסות, פסק דין או ויתור סודיות - יש לצרפם לתביעה.
אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

מספר זהות ס"ב

שם העד לחתימה

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

13

☒ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה
 מקום הפגיעה: ישראל
 שעת הפגיעה: 12:00
 המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: ישראל
 האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☒ כן בדרך כלל מועסק ב: _____
 האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☒ כן
 1. שם מאמר גלויס ת.ז. 80806714
 2. שם מאמר גלויס ת.ז. 086091956

תפקידו	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	תפקיד הנפגע במפעל
<u>מנהל</u>	<u>מאמר גלויס</u>	<u>סעודה באר</u>	<u>דובי גלויס</u>
שעת החדרה הצפויה	שעת היציאה		
<u>17:00</u>	<u>8:00</u>		

 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 _____

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

14

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי
9 4 3 1 9 9 9 1 9 0 0
 שם המפעל / המעסיק _____
 א.ש. כהן חשמל בניה ותקשורת
 תאריך תחילת עבודה: 01/06/2007 מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☒ יומי ☒ חודשי
 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, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

חודש	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 שנכללו בשכר ברוטו	שם התשלום
חודש	12/2017	22	☐ יומי ☒ חודשי	7,929		
חודש	11/2017	22	☐ יומי ☒ חודשי	7,929		
חודש	10/2017	22	☐ יומי ☒ חודשי	7,929		
חודש	09/2017	22	☐ יומי ☒ חודשי	7,929		

 העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☒ העובד לא שב עדיין לעבודה.
 העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן ☒ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____
 סיבת הפסקת העבודה: _____
 שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעות המעסיק מפיק תלושי שכר מאמר גלויס - חשבון

15

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: _____

☐ 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)

הצהרת המעסיק

16

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל: נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, בעניין הפגיעה.

כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה

תאריך 24/01/2018 תפקיד החותם מנכ"ל שם החותם שמעון כהן חתימה וחותמת א.ש. כהן x חשומל בניה ותקשורת בע"מ

פרטים משלימים למעסיק מורשה/ מאושר

17

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 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 _____

x חתימת המעסיק וחותמת

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

חותמת קבלה

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה

60

מספר זהות/דרכון

034064667

תאריך הפגיעה

15/01/2018
שנה חודש יום

שם משפחה

דונון

שם פרטי

אחמד

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 אודותי.

תאריך

24/1/18

חתימת המבוטח

אחמד דונון

נא למלא מספר תעודת זהות

										לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מס' זהות / דרכון										
		סוג המסמך		דפים						

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



**תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה**

פרטי התובע										
שם משפחה			שם פרטי			מספר זהות				
דויד			אחמד			ס"ב 034064667				
מין			עיסוק			מספר אישי בצה"ל			תאריך לידה	
זכר ☒			שכיר ☒						13091977	
נקה ☐			מתנדב ☐						שנה חודש יום	
עצמאי ☐										
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)										
רחוב / תא דואר			מס' בית		כניסה		דירה		יישוב	
שכונת 10			9						ירושלים	
טלפון קווי			טלפון נייד			☐ אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט ☐ דואר אלקטרוני:				
			0542173497			☐ אני מאשר קבלת הודעות SMS ☐ @				
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)										
רחוב / תא דואר			מס' בית		כניסה		דירה		יישוב	

15

16

17

18

יום

חודש

שנה

פרטי הפגיעה

2

דניאל

נשיכת

בית

יתוך צעור

א' האר

סגד

החל

דניאל

ואין

עלות

ונחלת

תאריך הפגיעה

פרטים על הפגיעה

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א'

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה
 עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק
 מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות				טלפון
ח.ל. כ.ל. חא.ב.נ.ר. ו.ת.ק.ו.ר. ל.ד.				1 3 9 9 4 8 5 2 0
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
ח.י. ק.י.ן	2			ירושל.י.מ.
המקצוע ערב הפגיעה:				מיקוד
				97587



3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות		צה"ל ☐	
משמר הכנסת ☐		שב"ס ☐	
משא"ז ☐		משטרה ☐	
אחר ☐			
רחוב/תא	מס' בית	יישוב	מיקוד
תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____			
האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה ☐ כן ☐ לא			
אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.			

4

פרטי הטיפול רפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה: ☐ לא ☒ כן, פרט _____		
שם בית החולים	תקופת אשפוז	
537 תל אביב	רפוא	
האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI, וכד')? ☐ לא ☒ כן, פרט _____		
שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו _____		
אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.		
אני מובטח בקופ"ח _____		
ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:		
שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
	537 תל אביב	רפוא

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל	המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת
כאבים והזלזל מתנועת כרף ימין	
קושי רגלי וזרוע	
קושי רגלי וזרוע, חוסר יציבות	
קושי רגלי וזרוע ותפקוד	
האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה? ☐ לא ☐ כן, פרט: _____	

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☒ כן - חזרתי לאותה העבודה ☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט

16 אני מתקשר כדל'קולר

שם המעביד וכתובתו

תאריך החזרה לעבודה

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר

☐ לוועדה אגיע עם מלווה דובר עברית

☐ לוועדה לא אגיע עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום

מס' תיק באגף השיקום

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע

9

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן.

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה

☐ אחר

שם גורם מייצג או מסייע

כתובת

טלפון

054-6544930

אני דובר עברית

ח' איסוף חירום

תאריך תחילת התקשרות:

8.2.18

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

א-ר ז' ה'תש"פ

מספר חשבון

מס' סניף

שם הסניף / כתובתו

שם הבנק

352952

794

התלך וברמת

הסניף

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

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מינופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומינופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון 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 /או 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.

תאריך _____ 12.9.11 חתימת מקבל הגמלה * חתימת השותפים לחשבון *

11

הצהרה

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

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא 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, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

תאריך _____ 12.9.11 חתימת התובע *

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע. נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בתביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה

11

מספר זהות/דרכון

734064667

תאריך הפגיעה

15.01.2018
שנה חודש יום

שם פרטי

זמיר

שם משפחה

ריבין

חבר בקופת חולים

☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי 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 ידי או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

חתימת המבוטח

12.2.18

תאריך

תלוש משכורת לחודש 10/2017

שם החברה
א.ש.כהן חשמל בניה ותקשורת
חיים קהן 2, ירושלים 97587

שם החברה א.ש. כהן חשמל בניה ותקשורת חיים קהן 2, ירושלים 97587		תלוש משכורת לחודש 10/2017					תיק ניכיים 943199919 מספר תאגיד - 513161182	
מס' עובר 29	מחלקה 29	שם עובד ביטוני		תעודת זהות 034064667		דרגה	דרגה	
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה 22	שעות עבודה 176	בנק 12	סניף 784	חשבון 352852 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום		
שכר יסוד		1.00	7,500.00		7,500.00	6,639.00		
נסיעות		1.00	500.00			500.00		
פדיון חופשה		1.00	455.00			455.00		
דמי הבראה		1.00	350.00			350.00		
חגים		1.00	400.00			400.00		
ביגוד		1.00	40.00			40.00		
מס' עובר 29		מחלקה 29	שם עובד אחמד		תעודת זהות 034064667		דרגה	
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה 22	שעות עבודה 176	בנק 12	סניף 784	חשבון 352852 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום		
שכר יסוד		1.00	7,500.00		7,500.00	6,639.00		
נסיעות		1.00	500.00			500.00		
פדיון חופשה		1.00	455.00			455.00		
דמי הבראה		1.00	350.00			350.00		
חגים		1.00	400.00			400.00		
ביגוד		1.00	40.00			40.00		
מס' עובר 29		מחלקה 29	שם עובד אחמד		תעודת זהות 034064667		דרגה	
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה 22	שעות עבודה 176	בנק 12	סניף 784	חשבון 352852 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום		
שכר יסוד		1.00	7,500.00		7,500.00	6,639.00		
נסיעות		1.00	500.00			500.00		
פדיון חופשה		1.00	455.00			455.00		
דמי הבראה		1.00	350.00			350.00		
חגים		1.00	400.00			400.00		
ביגוד		1.00	40.00			40.00		
מס' עובר 29		מחלקה 29	שם עובד אחמד		תעודת זהות 034064667		דרגה	
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה 22	שעות עבודה 176	בנק 12	סניף 784	חשבון 352852 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום		
שכר יסוד		1.00	7,500.00		7,500.00	6,639.00		
נסיעות		1.00	500.00			500.00		
פדיון חופשה		1.00	455.00			455.00		
דמי הבראה		1.00	350.00			350.00		
חגים		1.00	400.00			400.00		
ביגוד		1.00	40.00			40.00		
מס' עובר 29		מחלקה 29	שם עובד אחמד		תעודת זהות 034064667		דרגה	
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה 22	שעות עבודה 176	בנק 12	סניף 784	חשבון 352852 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום		
שכר יסוד		1.00	7,500.00		7,500.00	6,639.00		
נסיעות		1.00	500.00			500.00		
פדיון חופשה		1.00	455.00			455.00		
דמי הבראה		1.00	350.00			350.00		
חגים		1.00	400.00			400.00		
ביגוד		1.00	40.00			40.00		
מס' עובר 29		מחלקה 29	שם עובד אחמד		תעודת זהות 034064667		דרגה	
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה 22	שעות עבודה 176	בנק 12	סניף 784	חשבון 352852 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום		
שכר יסוד		1.00	7,500.00		7,500.00	6,639.00		
נסיעות		1.00	500.00			500.00		
פדיון חופשה		1.00	455.00			455.00		
דמי הבראה		1.00	350.00			350.00		
חגים		1.00	400.00			400.00		
ביגוד		1.00	40.00			40.00		
מס' עובר 29		מחלקה 29	שם עובד אחמד		תעודת זהות 034064667		דרגה	
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה 22	שעות עבודה 176	בנק 12	סניף 784	חשבון 352852 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום		
שכר יסוד		1.00	7,500.00		7,500.00	6,639.00		
נסיעות		1.00	500.00			500.00		
פדיון חופשה		1.00	455.00			455.00		
דמי הבראה		1.00	350.00			350.00		
חגים		1.00	400.00			400.00		
ביגוד		1.00	40.00			40.00		
מס' עובר 29		מחלקה 29	שם עובד אחמד		תעודת זהות 034064667		דרגה	
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה 22	שעות עבודה 176	בנק 12	סניף 784	חשבון 352852 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום		
שכר יסוד		1.00	7,500.00		7,500.00	6,639.00		
נסיעות		1.00	500.00			500.00		
פדיון חופשה		1.00	455.00			455.00		
דמי הבראה		1.00	350.00			350.00		
חגים		1.00	400.00			400.00		
ביגוד		1.00	40.00			40.00		
מס' עובר 29		מחלקה 29	שם עובד אחמד		תעודת זהות 034064667		דרגה	
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה 22	שעות עבודה 176	בנק 12	סניף 784	חשבון 352852 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום		
שכר יסוד		1.00	7,500.00		7,500.00	6,639.00		
נסיעות		1.00	500.00			500.00		
פדיון חופשה		1.00	455.00			455.00		
דמי הבראה		1.00	350.00			350.00		
חגים		1.00	400.00			400.00		
ביגוד		1.00	40.00			40.00		
מס' עובר 29		מחלקה 29	שם עובד אחמד		תעודת זהות 034064667		דרגה	
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה 22	שעות עבודה 176	בנק 12	סניף 784	חשבון 352852 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום		
שכר יסוד		1.00	7,500.00		7,500.00	6,639.00		
נסיעות		1.00	500.00			500.00		
פדיון חופשה		1.00	455.00			455.00		
דמי הבראה		1.00	350.00			350.00		
חגים		1.00	400.00			400.00		
ביגוד		1.00	40.00			40.00		
מס' עובר 29		מחלקה 29	שם עובד אחמד		תעודת זהות 034064667		דרגה	
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה 22	שעות עבודה 176	בנק 12	סניף 784	חשבון 352852 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום		
שכר יסוד		1.00	7,500.00		7,500.00	6,639.00		
נסיעות		1.00	500.00			500.00		
פדיון חופשה		1.00	455.00			455.00		
דמי הבראה		1.00	350.00			350.00		
חגים		1.00	400.00			400.00		
ביגוד		1.00	40.00			40.00		
מס' עובר 29		מחלקה 29	שם עובד אחמד		תעודת זהות 034064667		דרגה	
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה 22	שעות עבודה 176	בנק 12	סניף 784	חשבון 352852 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום		
שכר יסוד		1.00	7,500.00		7,500.00	6,639.00		
נסיעות		1.00	500.00			500.00		
פדיון חופשה		1.00	455.00			455.00		
דמי הבראה		1.00	350.00			350.00		
חגים		1.00	400.00			400.00		
ביגוד		1.00	40.00			40.00		
מס' עובר 29		מחלקה 29	שם עובד אחמד		תעודת זהות 034064667		דרגה	
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה 22	שעות עבודה 176	בנק 12	סניף 784	חשבון 352852 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום		
שכר יסוד		1.00	7,500.00		7,500.00	6,639.00		
נסיעות		1.00	500.00			500.00		
פדיון חופשה		1.00	455.00			455.00		
דמי הבראה		1.00	350.00			350.00		
חגים		1.00	400.00			400.00		
ביגוד		1.00	40.00			40.00		
מס' עובר 29		מחלקה 29	שם עובד אחמד		תעודת זהות 034064667		דרגה	
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה 22	שעות עבודה 176	בנק 12	סניף 784	חשבון 352852 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום		
שכר יסוד		1.00	7,500.00		7,500.00	6,639.00		
נסיעות		1.00	500.00			500.00		
פדיון חופשה		1.00	455.00			455.00		
דמי הבראה		1.00	350.00			350.00		
חגים		1.00	400.00			400.00		
ביגוד		1.00	40.00			40.00		
מס' עובר 29		מחלקה 29	שם עובד אחמד		תעודת זהות 034064667		דרגה	
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה 22	שעות עבודה 176	בנק 12	סניף 784	חשבון 352852 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום		
שכר יסוד		1.00	7,500.00		7,500.00	6,639.00		
נסיעות		1.00	500.00			500.00		
פדיון חופשה		1.00	455.00			455.00		
דמי הבראה		1.00	350.00			350.00		
חגים		1.00	400.00			400.00		
ביגוד		1.00	40.00			40.00		
מס' עובר 29		מחלקה 29	שם עובד אחמד		תעודת זהות 034064667		דרגה	
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה 22	שעות עבודה 176	בנק 12	סניף 784	חשבון 352852 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום		
שכר יסוד		1.00	7,500.00		7,500.00	6,639.00		
נסיעות		1.00	500.00			500.00		
פדיון חופשה		1.00	455.00			455.00		
דמי הבראה		1.00	350.00			350.00		
חגים		1.00	400.00			400.00		
ביגוד		1.00	40.00			40.00		
מס' עובר 29		מחלקה 29	שם עובד אחמד		תעודת זהות 034064667		דרגה	
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה 22	שעות עבודה 176	בנק 12	סניף 784	חשבון 352852 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום		
שכר יסוד		1.00	7,500.00		7,500.00	6,639.00		
נסיעות		1.00	500.00			500.00		
פדיון חופשה		1.00	455.00			455.00		
דמי הבראה		1.00	350.00			350.00		
חגים		1.00	400.00			400.00		
ביגוד		1.00	40.00			40.00		
מס' עובר 29		מחלקה 29	שם עובד אחמד		תעודת זהות 034064667		דרגה	
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה 22	שעות עבודה 176	בנק 12	סניף 784	חשבון 352852 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום		
שכר יסוד		1.00	7,500.00		7,500.00	6,639.00		
נסיעות		1.00	500.00			500.00		
פדיון חופשה		1.00	455.00			455.00		
דמי הבראה		1.00	350.00			350.00		
חגים		1.00	400.00			400.00		
ביגוד		1.00	40.00			40.00		
מס' עובר 29		מחלקה 29	שם עובד אחמד		תעודת זהות 034064667		דרגה	
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה 22	שעות עבודה 176	בנק 12	סניף 784	חשבון 352852 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום		
שכר יסוד		1.00	7,500.00		7,500.00	6,639.00		
נסיעות		1.00	500.00			500.00		
פדיון חופשה		1.00	455.00			455.00		
דמי הבראה		1.00	350.00			350.00		
חגים		1.00	400.00			400.00		
ביגוד		1.00	40.00			40.00		
מס' עובר 29		מחלקה 29	שם עובד אחמד		תעודת זהות 034064667		דרגה	
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה 22	שעות עבודה 176	בנק 12	סניף 784	חשבון 352852 משולם לבנק	
תאור התשלום		כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום		
שכר יסוד		1.00	7,500.00		7,500.00	6,639.00		
נסיעות		1.00	500.00			500.00		
פדיון חופשה		1.00	455.00			455.00		

8,384.00	חייב מ.ה.
----------	-----------

7,929.00	חייב ב.ל.
----------	-----------

8,384.00	סה"כ תשלומים
----------	--------------

884.00	סה"כ ניכויים
--------	--------------

7,500.00	שכר נטו
----------	---------

7,500.00	נטו לתשלום
----------	------------

אינפורמטיבי - שכר מינימום לחודש		5000	ימי תקן	21.67
אינפורמטיבי - שכר מינימום לשעה		26.88	שעות תקן	186.00

ניכויי חובה	הסכום	ניכויי רשות	יתרה	כמות	סכום
ביטוח לאומי	172.00				
דמי בריאות	286.00				
מגדל מקפת פנסיה	426.00				
סה"כ	884.00				סה"כ

הערות:

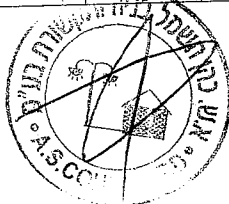
ניהול העדרויות

סוג העדוה		יתרה קודמת	ניבול	יתרה	תשלומים	74,837	ניכוי ס' 47	נתונים מצטברים	
חופש			0		שכר שווה כסף	74,837	זיכוי אישי	10,213	דמי חבר/טיפול
					חייב מ.ה.		זיכוי גוסף		חייב ב.ל.
					מס הכנסה		זיכוי גמל	1,320	קופ"ג מעביד
					ביטוח לאומי	3,917	זיכוי משמרות		קה"ל מעביד
					גמל 35%	3,772	פטור	0	
					ק. השתלמות		פטור ס' 47	0	
		חודשי עבודה 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 כ כ כ כ כ כ כ כ כ כ כ כ							

בוצע ע"י: א.ש.כהן בע"מ

בתאריך 21/01/2018

באמצעות שיקלולית מבית ט.מ.ל. - תוכנת השכר המובילה במדינה



תלוש משכורת לחודש 12/2017

שם החברה
א.ש.כהן חשמל בניה ותקשורת
חיים קהן 2, ירושלים 97587

תיק ניכויים
943199919

מספר תאגיד - 513161182

מס' עובד	מחלקה	שם עובד	תעודת זהות	דרגה	דרגה	תחילת עבודה
29	29	אחמד	034064667			01/06/07

תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה	שעות עבודה	בנק	סניף	חשבון
			22	176	12	784	352852

תאור התשלום	כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום
שכר יסוד	1.00	7,500.00		7,500.00	6,639.00
נסיעות	1.00	500.00			500.00
פדיון חופשה	1.00	455.00			455.00
דמי הבראה	1.00	350.00			350.00
חגים	1.00	400.00			400.00
ביגוד	1.00	40.00			40.00

מס' שולי	מס' קבוע	זיכוי אישי
14.00	1,021	
זיכוי נוסף	זיכוי גמל	זיכוי משמרות
	149	
פסור חודשי	פסור ס' 47	הנחת ישובי פיתוח
מס' חאום	שכר לתאום	מ.ה. לתאום
7		

חייב מ.ה. 8,384.00

חייב ב.ל. 7,929.00

סה"כ תשלומים 8,384.00

סה"כ ניכויים 884.00

שכר נטו 7,500.00

נטו לתשלום 7,500.00

אינפורמטיבי - שכר מינימום לחודש : 5300
שעות תקן : 21.67
שעות תקן : 186.00

ניכויי חובה	הסכום	ניכויי רשות	יתרה	כמות	סכום
ביטוח לאומי	172.00				
דמי בריאות	286.00				
מגדל מקפת פנסיה	426.00				
סה"כ	884.00	סה"כ			

הערות:

נתונים מצטברים

ניהול העדרויות

סוג העדרות	יתרה קודמת	ניצול	יתרה	תשלומים	ניכוי ס' 47	דמי חבר/טיפול
חופש		0		שכר שווה כסף	זיכוי אישי	חייב ב.ל.
				חייב מ.ה.	זיכוי נוסף	קופ"ג מעביד
				מס הכנסה	זיכוי גמל	קה"ל מעביד
				ביטוח לאומי	זיכוי משמרות	פיצויים מעסיק
				גמל 35%	פסור	
				ק. השתלמות	פסור ס' 47	

בתאריך 21/01/2018

בוצע עי"י: א.ש.כהן בע"מ

באמצעות שיקולית מבית ט.מ.ל. - תוכנת השכר המובילה במדינה

