

הודעת מעסיק על בקשה לתשלום פנסיית נכות

1. הנכם מתבקשים לבחון זכאות ולשלם פנסיית נכות על פי התקנות שלכם ל:

מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה			מצב משפחתי
			שנה	חודש	יום	

רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	טלפון	טלפון נייד

תאריך תחילת עבודה	תאריך תחילת חברות בקרן

2. התחלת העדרות מהעבודה במוסד, על חשבון ימי המחלה החל מתאריך ____ / ____ / ____.

3. אנו מצהירים שהני"ל מיצה/ימצה את כל ימי המחלה שעמדו לזכותו ביום ____ / ____ / ____.

4. תאור עסוקו ותפקידו של העובד: _____ שעות משרתו: _____.

5. פרוט השכר בשלושת החודשים האחרונים:

שכר מבוטח	חודש

6. הערות: _____

חותמת המוסד וחתימה

שם החותם

תאריך