תקנות דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת הורה), תשנ"ד-1994

תוכן ענינים

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [Go](#h1) | הודעת עובד | סעיף 1 |
| [Go](#h2) | היעדרות לשם טיפול בהורה שבמוסד סיעודי | סעיף 2 |
| [Go](#h3) | אין שני זכאים בעד אותו פרק זמן | סעיף 3 |
| [Go](#h4) | צירוף מסמכים | סעיף 4 |
| [Go](#h5) | אי מסירת מסמכים | סעיף 5 |
| [Go](#h6) | שמירת הוראות | סעיף 6 |
| [Go](#h7) | תוספת |
| [Go](#h8) |  | סעיף 1 |
| [Go](#h9) |  | סעיף 2 |
| [Go](#h10) |  | סעיף 3 |
| [Go](#h11) |  | סעיף 4 |

תקנות דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת הורה), תשנ"ד-1994

בתוקף סמכותי לפי סעיפים 2 ו-5 לחוק דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת הורה), התשנ"ד-1993 (להלן – החוק), ובאישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת, אני מתקין תקנות אלה:

1. עובד המבקש לזקוף לתקופת המחלה הצבורה שלו ימי היעדרות מעבודתו, מכוח סעיף 1 לחוק, ימסור למעבידו הצהרה חתומה בידו, לפי הטופס שבתוספת.

הודעת עובד

2. עובד שהורהו נמצא במוסד סיעודי כמשמעותו בסעיף 127פג לחוק הביטוח הלאומי [נוסח חדש], התשכ"ח-1968, אינו זכאי לזקוף לתקופת המחלה הצבורה שלו, היעדרות לשם טיפול בהורה, כאמור בסעיף 1 לחוק.

היעדרות לשם טיפול בהורה שבמוסד סיעודי

3. עובד, שאחד מאחיו נעדר מעבודתו בשל מחלת הורה ומימש זכאותו לפי החוק, אינו זכאי להעדר מעבודתו שלו, באותו ענין, באותו פרק זמן; לענין זה, "אח" – בן או בת נוספים של ההורה, שבשל טיפול בו מתבקשת זקיפת ההיעדרות, לתקופת המחלה הצבורה, לרבות בן או בת מאומצים.

אין שני זכאים בעד אותו פרק זמן

4. להודעה כאמור בתקנה 1 יצרף העובד אישור מאת הרופא המטפל בהורה בדבר היות ההורה תלוי לחלוטין בעזרת הזולת, לביצוע פעולות יום-יום; לענין זה –

צירוף מסמכים

"פעולות יום-יום" – לבישה, אכילה, שליטה בהפרשות, רחצה, ניידות עצמית בבית;

"רופא" – גם רופא מחליף.

5. כל עוד לא מסר העובד את המסמכים האמורים בתקנות 1 ו-4 לא יראו בהיעדרותו היעדרות מהעבודה המזכה מכוח סעיף 1 לחוק.

אי מסירת מסמכים

6. אין בתקנות אלה כדי לגרוע מההוראות הנהוגות במקום העבודה של העובד בדבר חובת הודעה למעביד על היעדרות מהעבודה בשל מחלה.

שמירת הוראות

**תוספת**

(תקנה 1)

הצהרה

לענין היעדרות מהעבודה שמבקשים להחיל עליה את הוראות סעיף 1 לחוק דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת הורה), התשנ"ד-1993 (להלן – החוק):

1. אני הח"מ –
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (שם פרטי ושם משפחה) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (מס' ת"ז)
מודיע בזה כי נעדרתי מעבודתי בשל מחלת הורה, ולצורך טיפול בו מיום \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (מצורף אישור רפואי בדבר היות ההורה תלוי לחלוטין בעזרת הזולת לביצוע פעולות יום-יום).

2. פרטי ההורה:
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (שם פרטי ושם משפחה) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (מס' ת"ז)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (תאריך לידה) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (מען מגורים)

3. אני מצהיר כי אף לא אחד מאחי מימש זכאותו מכוח סעיף 1 לחוק בפרק הזמן האמור לעיל, וכי ההורה שפרטיו רשומים לעיל, אינו נמצא במוסד סיעודי.

4. מספר הימים שנעדרתי השנה תוך מימוש זכאותי לפי חוק הינו \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

[סעיף זה מכיל טבלה או תמונה - לחצו לצפיה](https://www.nevo.co.il/laws/#/60d2e683968d0c3d4109cbce/clause/60d2eb3a968d0c3d4109cc22)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| עוזי ברעם  שר התיירות ממלא מקום שרת העבודה והרווחה |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |