תקנות דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת ילד), תשנ"ד-1993

תוכן ענינים

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [Go](#h1) | הצהרת עובד | סעיף 1 |
| [Go](#h2) | בן זוג עובד עצמאי | סעיף 1א |
| [Go](#h3) | צירוף מסמכים | סעיף 2 |
| [Go](#h4) | אי מסירת הודעה | סעיף 3 |
| [Go](#h5) | שמירת הוראות | סעיף 4 |
| [Go](#h6) | תוספת ראשונה |
| [Go](#h7) |  | סעיף (1) |
| [Go](#h8) |  | סעיף (2) |
| [Go](#h9) |  | סעיף (3) |
| [Go](#h10) |  | סעיף (4) |
| [Go](#h11) |  | סעיף (5) |
| [Go](#h12) |  | סעיף (6) |
| [Go](#h13) |  | סעיף (7) |
| [Go](#h14) |  | סעיף (8) |
| [Go](#h15) | תוספת שניה |
| [Go](#h16) |  | סעיף (1) |
| [Go](#h17) |  | סעיף (2) |
| [Go](#h18) |  | סעיף (3) |
| [Go](#h19) |  | סעיף (4) |
| [Go](#h20) |  | סעיף (5) |

תקנות דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת ילד), תשנ"ד-1993

בתוקף סמכותי לפי סעיפים 2 ו-4 לחוק דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת ילד), התשנ"ג-1993 (להלן – החוק), ובאישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת, אני מתקינה תקנות אלה:

1. (א) עובד שנעדר מעבודתו מכוח סעיפים 1, 1א או 1ג לחוק בשל מחלת ילד, ימסור למעבידו הצהרה חתומה בידו וביד בן זוגו, או בידו בלבד, הכל לפי העניין, לפי הטופס שבתוספת הראשונה.

הצהרת עובד

(ב) עובד שנעדר מעבודתו מכוח סעיפים 1ב או 1ג לחוק, לצורך מתן סיוע אישי לאדם עם מוגבלות, ימסור למעבידו הצהרה חתומה בידו, לפי הטופס שבתוספת השניה.

1א. בן זוג של עובד יוכיח כי הוא עובד עצמאי באמצעות אחד מאלה:

בן זוג עובד עצמאי

(1) מסמך המעיד על היותו רשום במוסד לביטוח לאומי כעובד עצמאי;

(2) מסמך המוגש לפקיד שומה או הניתן על ידיו, המעיד כי לבן הזוג הכנסה מעסק או ממשלח יד באותה שנת מס;

(3) אישור על היותו עוסק לפי חוק מס ערך מוסף, התשל"ו-1976.

2. (א) להצהרה כאמור בתקנה 1 יצרף העובד את המסמכים והאישורים האלה:

צירוף מסמכים

(1) לגבי היעדרות לפי סעיפים 1 ו-1א, אישור רפואי בדבר מחלת ילדו;

(2) לגבי היעדרות לפי סעיף 1ב לחוק, אישור של רופא המעיד שהאדם שבגינו נדרשת ההיעדרות הוא אדם עם מוגבלות הנזקק לסיוע אישי בשל מוגבלותו, ואם הסיוע האישי נדרש לצורכי לווי, סיוע או השגחה בטיפול רפואי או פארה-רפואי, גם אישור של הגורם המטפל המעיד על יום ותחום השעות שבהם ניתן הטיפול;

(3) לגבי עובד שבן זוגו עובד עצמאי, מסמך או אישור כאמור בתקנה 1א;

(4) לגבי עובד שהוא אפוטרופוס של אדם עם מוגבלות, צו מינוי אפוטרופוס לפי חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב-1962;

(5) לגבי עובד שהוא הורה במשפחת אומנה, אישור כי העובד הינו הורה במשפחת אומנה, שניתן על ידי המפקח הארצי על אומנה במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, או מי שהוא הסמיך לכך או אישור כאמור של גוף מפעיל שמשרד הרווחה והשירותים החברתיים התקשר עמו לשמש כגוף מפעיל לאומנה.

(ב) על אף האמור בתקנת משנה (א), רשאי עובד למסור למעבידו את המסמכים או את האישורים האלה במועדים ובתקופות המפורטות להלן, ובלבד שיודיע למעבידו, בתוך זמן סביר, אם חדל לחול תנאי שעליו מעידים האישורים או המסמכים האמורים, או אם פקע תוקפם או בוטל:

(1) אישור של רופא כאמור ברישה לתקנת משנה (א)(2), לגבי מוגבלות קבועה – פעם אחת בלבד; ואם המוגבלות אינה קבועה – פעם אחת בתוך תקופה של שנים עשר חודשים;

(2) אישור או מסמך כאמור בתקנת משנה (א)(3) – פעם אחת בתוך תקופה של שישה חודשים;

(3) צו מינוי אפוטרופסות כאמור בתקנת משנה (א)(4) – פעם אחת בלבד אם ניתן צו אפוטרופסות קבוע, או פעם אחת בתוך תקופת אפוטרופסות קצובה, אם ניתן צו אפוטרופסות זמני.

3. כל עוד לא מסר העובד את המסמכים האמורים בתקנות 1 ו-2 לא יראו בהעדרותו כהעדרות מהעבודה מכוח סעיף 1 לחוק.

אי מסירת הודעה

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

שמירת הוראות

**תוספת ראשונה**

(תקנה 1(א))

הצהרה

לענין היעדרות מהעבודה מכוח סעיפים 1 / 1א / 1ג (מחק את המיותר) לחוק דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת ילד), התשנ"ג-1993 (להלן – החוק) –

(1) אני הח"מ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (שם פרטי ומשפחה) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (מס' ת"ז) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (מען) מודיע בזה, כי נעדרתי מעבודתי מכוח סעיפים 1 / 1א / 1ג (מחק את המיותר) לחוק, בשל מחלת ילדי, מיום \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (מצורף אישור רפואי).

(2) פרטי הילד:
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (שם פרטי ומשפחה) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (מס' ת"ז)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (תאריך לידה) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (מען)
הערה: אם הילד נמצא בהחזקתך הבלעדית או אם הינך הורהו היחיד עבור לפסקה (7)

(3) לענין זה אנו הח"מ מצהירים בזה כדלקמן:
פרטי בן הזוג:
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (שם פרטי ומשפחה) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (מס' ת"ז)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (מען)
אם בן הזוג הוא עובד עצמאי:
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (שם העסק או משלח היד) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (מען העסק או משלח היד)
סוג המסמך / האישור המצורף \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
פרטי המעביד של בן הזוג:
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (שמו) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (שם בית העסק או מקום העבודה)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (מען)

(4) מספר הימים שבהם נעדרו בני הזוג מהעבודה בשל מחלת ילדיהם במשך שנה זו \_\_\_\_\_\_\_\_ ימים.

(5) בן הזוג לא נעדר מעבודתו או מעסקו / משלח ידו [מחק את המיותר] בימי ההיעדרות המפורטים בפסקה (1).

(6) העתק מהצהרה זו נמסר למעביד של בן הזוג לפי הפרטים בפסקה (3) ביום \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
[ימולא בידי בן זוג שאינו עובד עצמאי]

(7) אני מצהיר כי הילד שפרטיו רשומים בפסקה (2) נמצא בהחזקתי הבלעדית או שאני הורהו היחיד.

(8) הנני מצהיר כי אני הורה במשפחת אומנה של הילד אשר פרטיו רשומים בפסקה (2), כי בימים האמורים בפסקה (1) הילד היה עמי ולא עם הוריו הטבעיים או המאמצים (מצורף אישור מאת המפקח הארצי על האומנה במשרד הרווחה והשירותים החברתיים או מי שהוא הסמיך לכך או אישור של גוף מפעיל שמשרד הרווחה והשירותים החברתיים התקשר עמו לשמש כגוף מפעיל לאומנה, על היותי הורה במשפחת אומנה).

[סעיף זה מכיל טבלה או תמונה - לחצו לצפיה](https://www.nevo.co.il/laws/#/60d2daaf53c173a5aa191ea3/clause/60d2e3be968d0c3d4109cbc1)

**תוספת שניה**

(תקנה 1(ב))

הצהרה לפי סעיפים 1ב ו-1ג לחוק דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת ילד), התשנ"ג-1993 (להלן – החוק)

לעניין היעדרות מהעבודה לשם מתן סיוע אישי לאדם עם מוגבלות –

(1) אני הח"מ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (שם ושם משפחה), מס' זהות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, הורה / אפוטרופוס / הורה במשפחת אומנה (מחק את המיותר) של אדם עם מוגבלות הנזקק לסיוע אישי בשל מוגבלותו (מצורף אישור של רופא בדבר הזדקקות של אדם עם מוגבלות לסיוע אישי), מודיע בזה כי נעדרתי מעבודתי ביום \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ משעה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ עד שעה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ לפי סעיפים 1ב או 1ג לחוק, לשם מתן סיוע אישי, שמחייב היעדרות, לאותו אדם. (מצורף אישור הגורם המטפל המעיד על יום ושעה שבו ניתן הטיפול, ככל שהסיוע האישי נדרש לצורך לווי, סיוע או השגחה בקשר לטיפול רפואי או פרה רפואי).

(2) אם העובד הוא הורה או הורה במשפחת אומנה של אדם עם מוגבלות הנזקק לסיוע אישי ומבקש לנצל את זכותו להעדר מהעבודה כאמור בפסקה (1) יותר מ-15 ימים בשנה – (מחק מהבאים מטה את המיותר)

(א) הנני מצהיר כי אני הורה יחיד של האדם עם מוגבלות אשר פרטיו רשומים בפסקה (5) ואין אדם אחר שניצל את הזכות לזקוף ימים נוספים לצורך מתן סיוע אישי לאותו אדם עם מוגבלות;

(ב) הנני מצהיר כי האדם עם מוגבלות אשר פרטיו רשומים בפסקה (5), נמצא בהחזקתי הבלעדית ואין אדם אחר שניצל את הזכות לזקוף ימים נוספים לצורך מתן סיוע אישי לאותו אדם עם מוגבלות;

(ג) הנני מצהיר כי בן זוגי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (שם ושם משפחה של בן הזוג) מס' זהות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ המועסק כעובד שכיר ב \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (שם מקום העבודה) מיום \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / בעל עסק / חברה / משלח יד בשם \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, מס' זהות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ נעדר מעבודתו או מעסקו / משלח ידו במהלך שנה זו לצורך מתן סיוע אישי לאדם עם מוגבלות אשר פרטיו רשומים בפסקה (5) בהתאם לחוק ואין אדם אחר שניצל את הזכות לזקוף ימים נוספים לצורך מתן סיוע אישי לאותו אדם עם מוגבלות.

(3) אם העובד הוא אפוטרופוס של אדם עם מוגבלות (מחק את המיותר) –

(א) הנני מצהיר בזאת כי מוניתי כאפוטרופוס של האדם עם מוגבלות אשר פרטיו רשומים בפסקה (5) (מצורף בזה צו בית משפט / בית דין אחר) ואין אדם אחר המטפל בו;

(ב) למיטב ידיעתי, יש / אין (מחק את המיותר) לאדם אשר פרטיו רשומים בפסקה (5), אפוטרופוס/ים אחרים בשם \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ומספר זהות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, אשר הינם עובדים שכירים או עצמאיים;

(ג) הנני מצהיר כי ביום האמור בפסקה (1) האדם עם המוגבלות אשר פרטיו רשומים בפסקה (5) היה עמי ולא עם האפוטרופוס/ים האחר/ים.

(4) אם העובד הוא הורה במשפחת אומנה –
הנני מצהיר בזה כי אני הורה במשפחת אומנה של האדם עם מוגבלות אשר פרטיו רשומים בפסקה (5) וכי ביום האמור בפסקה (1) האדם עם המוגבלות היה עמי ולא עם הוריו הטבעיים או המאמצים. (מצורף אישור מאת המפקח הארצי על האומנה במשרד הרווחה והשירותים החברתיים או מי שהוא הסמיך לכך או אישור של גוף מפעיל שמשרד הרווחה והשירותים החברתיים התקשר עמו לשמש כגוף מפעיל לאומנה, על היותי הורה במשפחת אומנה).

(5) [סעיף זה מכיל טבלה או תמונה - לחצו לצפיה](https://www.nevo.co.il/laws/#/60d2daaf53c173a5aa191ea3/clause/60ed68e2a919c8e3827d8b3a)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| אורה נמיר  שרת העבודה והרווחה |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |