חותמת הסניף ותאריך קבלה



תביעה לקביעת דיון מחדש בדרגת נכות עקב שינוי בהכנסות

פר משפרה שם פרטי תאריך לידה מספר זהות שכיר שכיר שכיר שביר שביר שביר שביר שביר שביר שביר שב	אני החיימ תובע בזאת להגדיל א	ת דרגת נכותי ע	קב ירידה:	בהכנסו	תי כתוצאה מר	ופגיעה בעבודה מתו	:אריד	
שכיר עצמאי עצמא	פרטי התובע:							
מובת מגורים: מספר בית כניסה דירה יישוב מיקוד מיקוד מספר טלפון מספר טלפון שכיר פרטי המעסיק ברטי המעסיק לא חזרתי לעבודה לאחר הפגיעה בתי לעבוד ולאחר מכן הפסקתי לעבוד מסיבה החלפתי מקום עבודה מסיבה במסקתי לעבוד שעות נוספות	שם משפחה	שם פרטי		(J)	זריך לידה ו ו ו		יהות - 	1
רחוב מספר טלפון מספר בית כניסה דירה יישוב מיקוד מספר טלפון נייד כתובת דואר אלקטרוני שניר פרטי המעסיק הסיבות לירידה בהכנסות: לא חזרתי לעבודה לאחר הפגיעה שבתי לעבוד ולאחר מכן הפסקתי לעבוד מסיבה החלפתי מקום עבודה מסיבה החלפתי תפקיד מסיבה מסיבה הפסקתי לעבוד שעות נוספות	שכיר 🗆 עצמ 🗆	אי			-1 1 1 1			
רחוב מספר טלפון מספר בית כניסה דירה יישוב מיקוד מספר טלפון נייד כתובת דואר אלקטרוני שניר פרטי המעסיק הסיבות לירידה בהכנסות: לא חזרתי לעבודה לאחר הפגיעה שבתי לעבוד ולאחר מכן הפסקתי לעבוד מסיבה החלפתי מקום עבודה מסיבה החלפתי תפקיד מסיבה מסיבה הפסקתי לעבוד שעות נוספות								
מספר טלפון מספר טלפון נייד (מובת דואר אלקטרוני פרטי המעסיק פרטי המעסיק הסיבות לירידה בהכנסות: לא חזרתי לעבודה לאחר הפגיעה שבתי לעבוד ולאחר מכן הפסקתי לעבוד מסיבה החלפתי מקום עבודה מסיבה החלפתי מקום עבודה מסיבה החספתי את היקף המשרה מסיבה הפסקתי לעבוד שעות נוספות		. מספר רגם	רונטה		מערב		מתהוד	
□ שכיר פרטי המעסיק הסיבות לירידה בהכנסות: □ לא חזרתי לעבודה לאחר הפגיעה □ שבתי לעבוד ולאחר מכן הפסקתי לעבוד מסיבה □ החלפתי מקום עבודה מסיבה □ החלפתי תפקיד מסיבה □ במצמתי את היקף המשרה מסיבה □ הפסקתי לעבוד שעות נוספות	2011		בניטוו	111/1	יישוב		בויקוז	
פרטי המעסיק	מספר טלפון	מספר טי	פון נייד!			ו כתובת דואר אלקטרוו	יני	
פרטי המעסיק			1 1	<u> </u>	1 1			
פרטי המעסיק								
פרטי המעסיק								
פרטי המעסיק	22211							
הסיבות לירידה בהכנסות: "" לא חזרתי לעבודה לאחר הפגיעה "" שבתי לעבוד ולאחר מכן הפסקתי לעבוד מסיבה "" החלפתי מקום עבודה מסיבה "" החלפתי תפקיד מסיבה "" צמצמתי את היקף המשרה מסיבה "" הפסקתי לעבוד שעות נוספות								
 □ לא חזרתי לעבודה לאחר הפגיעה □ שבתי לעבוד ולאחר מכן הפסקתי לעבוד מסיבה □ החלפתי מקום עבודה מסיבה □ החלפתי תפקיד מסיבה □ צמצמתי את היקף המשרה מסיבה □ הפסקתי לעבוד שעות נוספות 	פרטי המעסיק							
□ שבתי לעבוד ולאחר מכן הפסקתי לעבוד מסיבה □ החלפתי מקום עבודה מסיבה □ החלפתי תפקיד מסיבה □ צמצמתי את היקף המשרה מסיבה □ הפסקתי לעבוד שעות נוספות	: הסיבות לירידה בהכנסות							
□ החלפתי מקום עבודה מסיבה □ החלפתי תפקיד מסיבה □ צמצמתי את היקף המשרה מסיבה □ הפסקתי לעבוד שעות נוספות	לא חזרתי לעבודה לאחר הפג	יעה						
□ החלפתי תפקיד מסיבה □ צמצמתי את היקף המשרה מסיבה □ הפסקתי לעבוד שעות נוספות	שבתי לעבוד ולאחר מכן הפס	קתי לעבוד מסי	יבה					
 במצמתי את היקף המשרה מסיבה בסקתי לעבוד שעות נוספות 	החלפתי מקום עבודה מסיבר	1						
הפסקתי לעבוד שעות נוספות 🗖	החלפתי תפקיד מסיבה							
	צמצמתי את היקף המשרה נ	וסיבה						
	הערות נוספות							



עצמאי 🗆			
העסק בבעלותי 🗖	שותנ	ות	
אני מעסיק עובדים	ם כן	לא 🗖	
אינני עובד מסיבר 🗖	7		
צמצמתי את פעיל	ותי עקב הו!	פגיעה	
הערות נוספות			
אני מצהיר בזאת כי נ נתונים, מהווים עבירו			ם, ידוע לי כי פרטים לא נכונים או העלמר
תאריך		חתימה	
		ובע, נא לציין את הסיב בע, נא לציין את שם הע	ז החותם, כתובתו ומספר זהותו. ספר זהותו.
מסמכים שיש לצרף י	:לתביעה		
1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1	יל מכנסת ו	021402 2241 2251	יים בני 12 חלנוער וערב ועל בוערב בעחבוני

- 1. אישור המעסיק על תקופת העסקה ושכר, המצורף לתביעה. לחילופין: 12 תלושי שכר של השנה האחרונה להגשת התביעה.
 - 2. אישור על הפסקת עבודה אם אינך עובד.
 - 3. המלצות מרופא תעסוקה.
 - 4. הודעה על צמצום העבודה / היקף המשרה.
 - 5. הודעת פיטורין.

פרטי המעסיק

Ī							١	טלפון	מספר					٥	בויי	יק ני	וספר ת	מ				זיק	ם המעל	שי
	0	ı	1	ı	ı	ı		ı		ı														
ſ								פקס	מספר		קוד	מיי					יישוב	, 	מספר בית	1			חוב	רו
	0	1				1		1																

פרטים על העבודה והשכר ב- 12 החודשים האחרונים שקדמו למועד התביעה:

וכר	העדרויות עבורם לא שולם ש		מס׳ ימי עבודה בחודש	אחוז המשרה	שכר ברוטו חייב בדמי ביטוח*	חודש ושנה	
	סיבה	מס' ימים					
							1
							2
							3
							4
							5
							6
							7
							8
							9
							10
							11
							12

^{*} יש לציין מלוא ההכנסה החייבת בדמי ביטוח, אלמלא המקסימום.

הצהרת המעסיק:

אני מצהיר/ה בזה שמסרתי א	נ כל הפרטים הקשורים בעבודתו/ה של העובד/ת.
תאריך	חתימת החותם ותפקידו
חתימת וחותמת המעסיק / הנ	פעל