

שם המעסיק

לכבוד
קרן ביטוח ופנסיה לפועלים חקלאים (בניהול מיוחד)
אגף קופ"ג
ת.ד. 7279 ת"א, מיקוד 61072

ה צ ה ר ה

העדרות בשל מחלת הורה

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

(1) אני הח"מ

שם פרטי ומשפחה: _____ מספר ת.ז. _____

מודיע בזה, כי נעדרתי מעבודתי בשל מחלת הורה ולצורך טיפול בו, מיום _____
עד יום _____ (מצ"ב אישור רפואי בדבר היות ההורה תלוי לחלוטין בעזרת הזולת
לביצוע פעולות יום יום).

(2) פרטי ההורה

שם פרטי ומשפחה: _____ מספר ת.ז. _____

תאריך לידה _____ כתובת: _____

(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 שבהם נעדרתי השנה תוך מימוש זכאותי לפי חוק הינו: _____

חתימת העובד

תאריך