המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
ביטוח זכויות עובדים

שאלון למי שאינו תושב ישראלי בתביעה לתשלום חוב שכר עבודה ופיצויי פיטורים

חותמת קבלה	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
	מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים

לידיעתך

- שאלון זה מיועד למילוי **על ידי התובע ומייצגו** במסגרת הגשת תביעה לתשלום חוב שכר עבודה ופיצויי פיטורים.
- יש למלא בקפידה את הטופס.

אי מילוי הטופס כנדרש יוביל לעיכוב בטיפול בתביעה.

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	ס"ב

כתובת ופרטי התקשרות

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
		_____@_____

2 פרטי המעסיק

שם המעסיק	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי

רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד	טלפון פקס

האם קיימת קרבה משפחתית בין התובע למעסיק? ❑ לא ❑ כן, ציין את סוג הקרבה: _____

היכן התבצעה העבודה? ציין כתובת מדויקת של מקום ביצוע העבודה:

❑ במשרדי החברה ברחוב _____

❑ בבית ברחוב _____

❑ אחר _____

פרט את תקופת העבודה הכוללת :	עד תאריך	
	יום חודש שנה	יום חודש שנה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

3 שאלון לעובד

תנאי עבודה – יש למלא ולצרף אסמכתאות לפי העניין

1. זמני העבודה ונוכחות – היקף המשרה או רישום נוכחות

באלו ימים בשבוע עבדת ומה היו שעות עבודתך? _____.

האם קיים רישום נוכחות? ❑ לא ❑ כן, פרט וצרף אישורים _____.

2. מהות העבודה –סוג העבודה, הכשרת התובע, עסק או חברה

מה תחום העיסוק של החברה או העסק?

פרט:_____.

מהי העבודה שביצעת בפועל? נא פרט

_____.

האם יש לך הכשרה מקצועית/ השכלה/ ניסיון לביצוע התפקיד? ❑לא ❑ כן, נא לצרף תעודות

איך הגעת לעבודה? _____.

אילו כלים נדרשו לביצוע העבודה ומי סיפק לך את כלי העבודה? _____

מה שם הממונה שלך? _____.

האם המעסיק נהג לשלם לך זכויות סוציאליות כגון תשלום לקרן פנסיה / קרן השתלמות? _____.

מהן נסיבות סיום העסקתך? ❑ פיטורים ❑ לידה/שמירת היריון/דמי פגיעה ❑ אחר – נא לפרט:

_____

4 שאלון לעובד - המשך

3. שכר - גובה השכר או הוכחות תשלום

באיזה אופן הועסקת ❑ חודשי ❑ יומי ❑ שעתי

מה ממוצע גובה השכר החודשי? _____ ₪ כיצד נקבע השכר שלך ועל ידי מי ? _____

באיזה אופן שולם השכר? ❑ העברה בנקאית ❑ שיקים ❑ מזומן

נא לצרף הוכחות כי שולם שכר בפועל כגון: הפקדות בחשבון שלך, העברה בנקאית לחשבון שלך, ספיחי שיקים וכד'.

4. תנאי הקבלה – תנאי הקבלה/עמיתים לעבודה/מי עבד לפניו ומי החליפו/ נסיבות סיום העסקה

מי קיבל אותך לעבודה? _____.

מי סיכם אתך את תנאי ההעסקה וקבע באיזה תפקיד לשבץ אותך? _____.

האם נחתם חוזה? ❑ לא ❑ כן, **נא לצרף העתק**

האם ביצעת את העבודה לבד? ❑ לא, נעזרתי באחרים – ציין במי: _____ ❑כן

האם היו עובדים נוספים שעבדו אתך באותו תפקיד? ❑ לא ❑ כן, מה שמותיהם? _____.

5 פרטי המייצג

שם המייצג

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
		_____@_____

הצהרת המייצג

אני מצהיר, כי הסברתי לתובע כי עליו למסור פרטים נכונים ומלאים בשאלון זה ובנספחיו וכי מסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, מהווה עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן גמלה לפי חוק זה או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

אני מאשר, כי התובע חתם בפני על שאלון זה לאחר שהוסבר לו האמור לעיל.

חתימת המייצג - חובה למלא כל השדות:

תאריך _____ שם המייצג _____ חתימה וחותמת✕_____

6 הצהרת העובד

אני החתום מטה מצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בשאלון ובנספחיו נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, **מהווה עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן גמלה לפי חוק זה או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.** ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בשאלון או בנספחיו, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או ליצירת חוב ועל כן, אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח הלאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד הפקיד לחשבון, תשלום אשר כולו או חלקו בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים. אני מסכים, כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי, כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהיה עלי להמציאם לפי דרישה.

ידוע לי, כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. אם לא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע ישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרופותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותיי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותיי יימסר לצדדי ג׳ הרלוונטיים לצורך זה.
ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת www.btl.gov.il > יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות.
אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.

תאריך_____ שם _____ חתימת התובע ✕ _____