

**כללי**

1. ע"פ חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח-1998, קיימות הטבות וזכויות ייחודיות לעובד/ת אשר הינו הורה לילד עם מוגבלות.
2. זכויות אלו מקנות לעובד/ת אפשרות להיעדרות על חשבון העבודה ולימי מחלת ילד מוגדלים, וכל זאת לצורך סיוע אישי לילד עם המוגבלות.

**מטרה**

3. מטרת הוראה זו היא לעגן את כלל הזכויות והזכויות הניתנות לעובד/ת צה"ל, אשר הינו הורה לילד עם מוגבלות.

**הגדרות**

4. **אדם עם מוגבלות** - אדם עם לקות פיסית, נפשית או שכלית, לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים, ולמעט אדם שמוגבלותו אינה קבועה, צפויה לחלוף בתוך 60 ימים ממועד הופעתה ואינה צפויה להישנות.
5. **סיוע אישי** - סיוע שהאדם עם המוגבלות נזקק לו בשל מוגבלותו, לרבות השגחה, ליווי וטיפול.
6. **הורה עצמאי (הורה יחיד)** – הורה שביטוח לאומי הכיר בו כהורה עצמאי, או שפסק דין קבע שהוא המשמורן העיקרי.
7. **החזקה בלעדית** – מתקיימת כשנקבע בפסק דין כי אחד ההורים לא יהיה בקשר עם הילד. כלומר, לא תהיה משמורת משותפת ולא יהיו הסדרי ראייה.

**אוכלוסייה זכאית**

8. **הורה ביולוגי** - לאדם עם מוגבלות, ללא קשר לגיל הילד.
9. **הורה אפטרופוס יחיד** - אם אין אדם אחר המטפל בילד עם המוגבלות ואין אפטרופוס אחר שניצל את הזכויות שיפורטו במסמך זה.
10. **הורה במשפחת אומנה** - רק אם ההורה הביולוגי או המאמץ של הילד עם המוגבלות לא השתמש בזכויות שיפורטו בפרק זה, באותם הימים.

**הכרה כהורה לילד עם מוגבלות**

11. לשם הכרה של עובד כהורה לילד עם מוגבלות על העובד/ת להמציא לקצין המשא"ף/ האזרחים את אחד מהמסמכים הבאים:
  - א. **אישור רופא על מוגבלות (נספח א')** - רופא ילדים, רופא משפחה או רופא בתחום מוגבלותו של הילד, לפיו הילד הוא אדם עם מוגבלות כהגדרתו בחוק השוויון, הנזקק לסיוע אישי בשל מוגבלותו.
  - ב. **אישור מבטל"א המעיד על נכות**.
12. במידה ומדובר בהורה במשפחת אומנה או בהורה אפטרופוס יחיד, יצרף העובד אישור רשמי בדבר משפחת אומנה או הורה אפטרופוס, בנוסף להצהרה (נספח ה').

|                                 |                                |                               |
|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| שם הוראה : הורה לילד עם מוגבלות | מספר: 80-36                    | כותב ההוראה : השרות הסוציאלית |
| עמוד 1 מתוך 13                  | תאריך עדכון אחרון : 29/04/2025 |                               |

13. יודגש כי קצין המשא"ן/ האזרחים **לא יבקש** מהעובד מידע על מוגבלות ילדו מעבר לאמור לעיל ומעבר לפרטים הבאים: שמו של הילד, מספר ת.ז. של הילד ותאריך הלידה.
14. במידה והמוגבלות הינה קבועה, ההכרה תתבצע פעם אחת בלבד והעובד יידרש בהמצאת האישור באופן חד פעמי. במידה והמוגבלות הינה זמנית, העובד יידרש לחדשה ולהמציא אישורים כאמור לעיל, פעם אחת בכל תקופה של 12 חודשים.

#### הזנת אינדיקציית הורה לילד עם מוגבלות - חדש

15. ההכרה של עובד/ת כהורה לילד עם מוגבלות תזון באינדיקציה ייעודית במערכות המשא"ן (מערכת "אנשים") ע"י קצין המשא"ן/ האזרחים של היחידה בהתאם לנוהל הזנה בנספח ב'.
16. במקרה בו שני בני הזוג מועסקים בצה"ל, ההכרה תזון לשני העובדים ושניהם יזכו לכלל הזכויות בהתאמה.
17. במקרים בהם ההכרה במוגבלות אינה לצמיתות, אישור הרופא יהיה תקף לשנה שלמה מיום החתימה (ולא שנה קלנדרית).

#### פירוט הזכויות וההטבות

#### 18. שעות היעדרות ע"ח המעסיק:

- א. הורה הזכאי להעדר מהעבודה לצורך מתן סיוע אישי לאדם עם המוגבלות כמפורט בסעיפים 8-10 לעיל, רשאי להיעדר עד **52 שעות** בשנה ע"ח המעסיק (שלא ע"ח תקופת המחלה הצבורה שלו וללא ניכוי משכר עבודתו), לצורך מתן הסיוע.
- ב. היקף שעות ההיעדרות כמפורט לעיל, לא יגדל אם יש יותר מילד אחד עם מוגבלות.
- ג. עובד המועסק במשרה חלקית זכאי לחלק היחסי מ- 52 השעות.
- ד. השעות ניתנות מידי שנה קלאנדרית, ולא ניתן לצבור אותן משנה לשנה או לפדות אותן.
- ה. יודגש כי במקרים בהם אישור הנכות ניתן באופן זמני ע"י הרופא למשך שנה, שעות ההיעדרות יהיו יחסיים לזמן בשנה.
- ו. דיווח שעות היעדרות יבוצע בהתאם להצהרה של העובד (נספח ג').
- ז. **זכאות לשימוש ביותר מ 52 שעות:**

- 1) האפשרות להיעדר 52 שעות עומדת לכל אחד מההורים לילד עם מוגבלות, בתנאי ששניהם עובדים (איש קבע אינו נחשב "עובד"). **בסה"כ עומדים לרשות התא המשפחתי עד 104 שעות בשנה** להיעדרות לצורך סיוע אישי על חשבון המעסיק. להלן המקרים בהם עובד רשאי להשתמש בזכאות המשפחתית המלאה (העובד יידרש להצהיר ע"ג נספח ד'): (א) עובד שמימש את 52 שעות ההיעדרות להן הוא זכאי, יוכל לממש את השעות שניתנו לבן/בת זוגו, כל עוד בן/בת הזוג זכאי להן, לא עשה בהן שימוש, והוא מסכים להעבירן לבן/בת זוגו. סעיף זה חל גם על הורים גרושים, ככל שהם מסכימים להעברת השעות לבן/בת הזוג לשעבר.
- (ב) **הורה עצמאי (יחיד)** - יהיה זכאי להיקף שעות כפול (עד 104) אם ההורה השני אינו מתכוון לנצל את זכותו בחוק בשנה הנדונה והוא הסכים להעברתן.

|                                |                               |                              |
|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| שם הוראה: הורה לילד עם מוגבלות | מספר: 80-36                   | כותב ההוראה: השרות הסוציאלית |
| עמוד 2 מתוך 13                 | תאריך עדכון אחרון: 29/04/2025 |                              |

- ג) **הורה שהילד בהחזקתו הבלעדית** – במקרה זה ניתן לתת להורה שלו ההחזקה הבלעדית את כפל השעות מלכתחילה, קרי 104 שעות בשנה קלנדרית, ובתנאי שאין אדם אחר שניצל את זכותו לזקיפת ימים אלה.
- ח. ההיעדרות לצורך מתן סיוע אישי תתבצע ראשית על חשבון המעסיק ורק לאחר מכן על חשבון העובד.

#### 19. ימי היעדרות על חשבון ימי המחלה של העובד:

- א. הורה הזכאי להעדר מהעבודה לצורך מתן סיוע אישי לאדם עם המוגבלות כמפורט בסעיפים 8-10 לעיל, רשאי להיעדר עד **18 ימים בשנה ע"ח ימי המחלה הצבורה שלו**.
- ב. היקף ימי ההיעדרות כמפורט לעיל, לא יגדל אם יש יותר מילד אחד עם מוגבלות.
- ג. הזכאות להיעדר בגין ימים אלה ניתנת מידי שנה קלאנדרית, ולא ניתן לצבור אותה משנה לשנה או לפדות אותה.
- ד. יודגש כי לא מדובר בתוספת של ימי מחלה, אלא באפשרות להיעדר מהעבודה בהיקף גדול יותר של ימים, מזה שניתן לעובד שאינו הורה לילד עם מוגבלות. משמע, מימוש הזכאות תינתן בהתאם ליתרת ימי המחלה העומדים לזכות העובד.
- ה. **זכאות לשימוש ביותר מ 18 ימי היעדרות:**

- 1) האפשרות להיעדר עד 18 ימים עומדת לכל אחד מההורים לילד עם מוגבלות, בתנאי ששניהם עובדים. **בסה"כ עומדים לרשות התא המשפחתי עד 36 ימים בשנה** להיעדרות לצורך סיוע אישי על חשבון ימי המחלה של העובד. להלן המקרים בהם עובד רשאי להשתמש בזכאות המשפחתית המלאה (העובד יידרש להצהיר ע"ג נספח ד'):

- א) עובד שמימש את 18 ימי המחלה להם הוא זכאי, יוכל לממש את הימים שניתנו לבן/בת זוגו, כל עוד בן/בת הזוג זכאי להם, לא עשה בהם שימוש, והוא מסכים להעבירם לבן/בת זוגו. סעיף זה חל גם על הורים גרושים, ככל שהם מסכימים להעברת הימים לבן/בת הזוג לשעבר.
- ב) **הורה עצמאי (יחיד)** יהיה זכאי להיקף ימים כפול (עד 36) אם ההורה השני אינו מתכוון לנצל את זכותו בחוק בשנה הנדונה והוא הסכים להעברתם.
- ג) **הורה שהילד בהחזקתו הבלעדית**, זכאי מלכתחילה להיקף ימים כפול, קרי **36 ימים** בשנה קלנדרית ואין אדם אשר משתמש בזכאותו לימי מחלה.
- ו. סה"כ הימים המוקנים לעובד הורה לילד עם מוגבלות הוא 18. יודגש כי ימים אלו כוללים בתוכם את כל ימי מחלת ילד אליהם זכאי העובד. כלומר, גם אם לעובד יש יותר מילד אחד עם מוגבלות, או ילדים נוספים, הקטנים מגיל 16, סה"כ ימי מחלת הילד השנתיים יהיו 18.

20. **אופן הדיווח וההצהרות הנדרשות לטובת מימוש שעות וימי היעדרות בהתאם לסעיפים 18-19 מפורטים בנספחים ב'-ו'.**

|                                 |                                |                               |
|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| שם הוראה : הורה לילד עם מוגבלות | מספר: 80-36                    | כותב ההוראה : השרות הסוציאלית |
| עמוד 3 מתוך 13                  | תאריך עדכון אחרון : 29/04/2025 |                               |

**מעטפת פרט ייחודית**

21. **ליווי ותמיכה מהשירות הסוציאלי -** השירות הסוציאלי לאזרחים עובדי צה"ל מהווה גורם טיפולי, המסייע לעובדים המוכרים כהורה לאדם עם מוגבלות, זאת באמצעות צוות עובדים סוציאליים (מצ"ב נספח ז', רשימת עו"סים/יות):

- א. יעוץ, ליווי, תמיכה וטיפול רגשי אישי.
- ב. תיווך זכויות וזכאויות בתוך צה"ל ובקהילה.
- ג. הנגשת מידע
- ד. ימי עיון, כנסי העשרה
- ה. קהילת עובדים לצורך התייעצויות והנגשת מידע.
- ו. קבוצות טיפוליות.

22. **רכב שרות הומאני**

- א. מצב הומאני מוגדר כמצב מצוקה בלתי הפיך, המשפיע על חייו של עובד/ת, המשיית על חייו הוצאות קבועות רבות, גורם למצוקה כלכלית ומצריך בניידות.
- ב. הורה לילד עם מוגבלות העונה על הקריטריונים של מצב הומאני, יהיה רשאי להגיש בקשה חריגה לרכב שרות הומאני.
- ג. הבקשה תוגש דרך עו"ס היחידה ותיבחן ע"י ר' ענף פרט במרכז תע"צ.

23. **נהיגת בן/ת זוג ברכב ליסינג לעובדי צה"ל הזכאים לרכב ליסינג:**

- א. בן/ת זוג של עובד/ת צה"ל, יהיו רשאים לנהוג ברכב גם ללא נוכחות של העובד/ת בכל יום החל מהשעה 16:00 ועד 07:00 ביום למחרת, ובתנאי שמתקיימים יתר התנאים לנהיגת בן/בת זוג הקבועים בפ"מ 33.0209 "נסיעה מחוץ למסגרת התפקיד".
- ב. בן/ת זוג של עובד עם זכאות לרכב ליסינג, יהיה רשאי לנהוג ברכב גם ללא נוכחות העובד בכל יום בכל שעות היום לטובת טיפולים רפואיים בלבד. באחריות ראש מדור עו"ס להנפיק אישור זכאות לנהיגת בן/בת זוג עבור עובד צה"ל.
- ג. יודגש כי האמור לעיל ניתן בתנאי שמתקיימים יתר התנאים לנהיגת בן/בת זוג הקבועים בפ"מ 33.0209 "נסיעה מחוץ למסגרת התפקיד".

|                                 |                                |                              |
|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| שם הוראה : הורה לילד עם מוגבלות | מספר:<br>80-36                 | כותב ההוראה : השרות הסוציאלי |
| עמוד 4 מתוך 13                  | תאריך עדכון אחרון : 29/04/2025 |                              |

24. הלוואות ומענקים:

- א. קרן לסיוע כלכלי – מענק כלכלי הניתן במקרים אישיים חריגים, בגובה של בין 6,000-12,000 ₪ בהתאם לעמידה בקריטריונים ולאחר המצאת אישורים כלכליים.
- ב. הלוואה למקרים רפואיים חריגים – הלוואה מיוחדת המיועדת לצרכים רפואיים על סה"כ 20,000 ₪, בהתאם לעמידה בקריטריונים ובאישור ראש מרכז תע"ץ.

25. מיסוי:

- א. הורה בעל הכנסה החייבת במס (עבור אחד מההורים), אשר להם ילד עם מוגבלות יכולים להגיש בקשה לקבלת שתי נקודות זיכוי במס הכנסה.
- ב. בבקשה יש לצרף אישור על קבלת גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי או החלטת ועדת אפיון וזכאות.
- ג. הגשת הבקשה מתבצעת מול מופת במייל [divuh\\_aatzim@digital.idf.il](mailto:divuh_aatzim@digital.idf.il) ובהתאם לקריטריונים.

|                                 |                                |                              |
|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| שם הוראה : הורה לילד עם מוגבלות | מספר:<br>80-36                 | כותב ההוראה : השרות הסוציאלי |
| עמוד 5 מתוך 13                  | תאריך עדכון אחרון : 29/04/2025 |                              |

נספח א' – אישור רופא על מוגבלות

הנני לאשר, כי \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_,  
הוא אדם עם מוגבלות כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח - 1998,  
ונזקק לסיוע אישי בשל מוגבלותו.  
לא מדובר במקרה שבו מוגבלותו של הילד זמנית וצפויה לחלוף בתוך 60 יום ממועד הופעתה,  
ואינה צפויה לחזור על עצמה.  
\*במידה והמוגבלות הינה זמנית יש לציין תאריכי תוקף המוגבלות:  
תאריך תחילה \_\_\_\_\_ תאריך סיום \_\_\_\_\_  
תאריך \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת הרופא \_\_\_\_\_

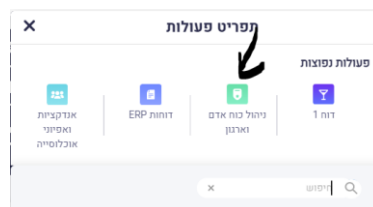
|                                 |                                |                              |
|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| שם הוראה : הורה לילד עם מוגבלות | מספר:<br>80-36                 | כותב ההוראה : השרות הסוציאלי |
| עמוד 6 מתוך 13                  | תאריך עדכון אחרון : 29/04/2025 |                              |

נספח ב' – נוהל הזנת מידע "הורה לילד עם מוגבלות"

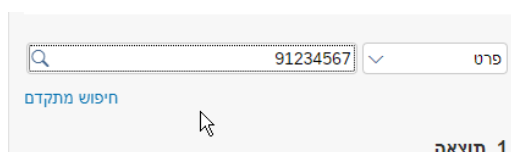
מערכת אנשים

1. מסך ראשי – לחיצה על תפריט פעולות ( + )

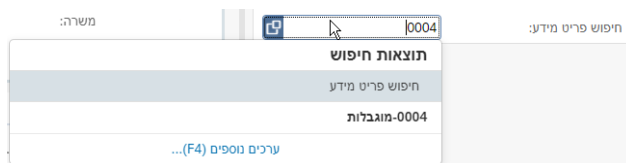
2. נבחר במסך "ניהול כוח אדם וארגון"



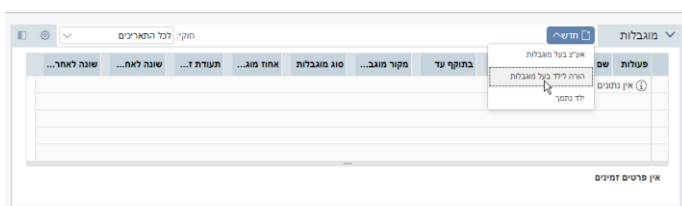
3. יש להכניס מספר עובד – בתוספת הסיפורה 9 בהתחלה



4. יש לגשת לסוג מידע "מוגבלות"



5. במסך סוג מידע 4 – יש לבחור תחת הכפתור חדש " הורה לילד בעל מוגבלות"



|                                 |                                |                              |
|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| שם הוראה : הורה לילד עם מוגבלות | מספר:<br>80-36                 | כותב ההוראה : השרות הסוציאלי |
| עמוד 7 מתוך 13                  | תאריך עדכון אחרון : 29/04/2025 |                              |

6. יש למלא את הפרטים עם תאריכים בהתאם לאישור רפואי/בטל"א

| פעולות | שם               | בתוקף מ-   | בתוקף עד | מקור מוגבל... | סוג מוגבלות | אחוז מוגבל... |
|--------|------------------|------------|----------|---------------|-------------|---------------|
|        | הורה לילד בעל... | 07.08.2014 | לא מוגבל |               |             | 0.00          |

**פרטים:**

תוקף

\* תקפה מ-עד: 29.08.2046 בלתי מוגבלת

תעודת זהות: 3456789

מידת מוגבלות: 5

הערות

7. תחת "מידת המוגבלות" מופיעות 6 דרגות שניתן לדווח

יש לבחור את הקוד הרלוונטי בהתאם לאחוז נכות או נכות זמנית במקרה של נכות זמנית (קוד 1) – יש לציין את תאריך התוקף בהתאם לאישור הרפואי, במידה ולא מצוין תוקף – ניתן להזין עד שנה מתאריך התחילה.

חפש: מידת מוגבלות

רשימת תוצאות: 6 תוצאות נמצאו עבור מידת מוגבלות

הצג קריטריוני ח

| קוד אחוז נכות | תיאור       |
|---------------|-------------|
| 01            | זכאות זמנית |
| 02            | 50% ומעלה   |
| 03            | 100% ומעלה  |
| 04            | 112% ומעלה  |
| 05            | 188% ומעלה  |
| 06            | 235% ומעלה  |

8. לאחר מילוי הפרטים – יש ללחוץ "שמור".

|                                 |                                |                              |
|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| שם הוראה : הורה לילד עם מוגבלות | מספר: 80-36                    | כותב ההוראה : השרות הסוציאלי |
| עמוד 8 מתוך 13                  | תאריך עדכון אחרון : 29/04/2025 |                              |

נספח ג' – הצהרה על היעדרות

הצהרה זו תמולא על ידי העובד עבור כל היעדרות

אני הח"מ (שם ושם משפחה), מס' זהות \_\_\_\_\_, הורה / אפוטרופוס/ הורה במשפחת  
אומנה (יש לבחור את ההגדרה הרלוונטית) של אדם עם מוגבלות הנזקק לסיוע אישי בשל  
מוגבלותו, מודיע בזה כי נעדרתי מעבודתי בתאריך \_\_\_\_\_ משעה: \_\_\_\_\_ עד שעה: \_\_\_\_\_  
לפי סעיפים 1ב או 1ג לחוק, לשם מתן סיוע אישי, שמחייב היעדרות, לאותו אדם.

פרטי האדם עם מוגבלות:

שם ושם משפחה \_\_\_\_\_, מס' זהות \_\_\_\_\_, תאריך לידה \_\_\_\_\_.  
תאריך \_\_\_\_\_, שם העובד \_\_\_\_\_, חתימה \_\_\_\_\_.

○ אם ההיעדרות נעשית לצרכי ליווי, סיוע או השגחה שלא בקשר לטיפול רפואי או פארא-  
רפואי יש להגיש הצהרה זו בלבד.

|                                 |                                |                              |
|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| שם הוראה : הורה לילד עם מוגבלות | מספר:<br>80-36                 | כותב ההוראה : השרות הסוציאלי |
| עמוד 9 מתוך 13                  | תאריך עדכון אחרון : 29/04/2025 |                              |

**נספח ד' – הצהרת בן זוג שכיר או עצמאי / הורה יחיד / החזקה בלעדית**

יש למלא את ההצהרה הרלוונטית מבין ההצהרות שלהלן ולצרפה להצהרה על ההיעדרות (נספח ג' לעיל).

**בן/ת זוג שכיר/עצמאי**

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 \_\_\_\_\_ לא נעדר מעבודתו או מעסקו/משלח ידו **במהלך שנה זו** לצורך מתן סיוע אישי לאדם עם מוגבלות אשר פרטיו רשומים להלן, בהתאם לחוק, ואין אדם אחר שניצל את הזכות לזקוף ימים נוספים לצורך מתן סיוע אישי לאותו אדם עם מוגבלות. פרטי האדם עם מוגבלות: שם ושם משפחה \_\_\_\_\_, מס' זהות \_\_\_\_\_, תאריך לידה \_\_\_\_\_. תאריך \_\_\_\_\_, שם העובד \_\_\_\_\_, חתימה \_\_\_\_\_. (עבור בן/בת זוג המועסק/ת כעצמאי – מצורף אישור של אחת מרשויות המס. דהיינו, אישור על רישום כעצמאי במוסד לביטוח הלאומי או במס הכנסה, או אישור על היותו/ה עוסק לפי חוק מס ערך מוסף, תשל"ו-1976).

**\*\*\* יש לצרף אישור מעסיק בציון אחוזי המשרה של בן/בת הזוג**

**הורה עצמאי**

הנני מצהיר כי אני הורה יחיד של האדם עם מוגבלות אשר פרטיו רשומים להלן, ואין אדם אחר שניצל את הזכות לזקוף ימים נוספים לצורך מתן סיוע אישי לאותו אדם עם מוגבלות. פרטי האדם עם מוגבלות: שם ושם משפחה \_\_\_\_\_, מס' זהות \_\_\_\_\_, תאריך לידה \_\_\_\_\_. תאריך \_\_\_\_\_, שם העובד \_\_\_\_\_, חתימה \_\_\_\_\_.

**החזקה בלעדית**

הנני מצהיר כי האדם עם מוגבלות אשר פרטיו רשומים להלן, נמצא בהחזקתי הבלעדית ואין אדם אחר שניצל את הזכות לזקוף ימים נוספים לצורך מתן סיוע אישי לאותו אדם עם מוגבלות. פרטי האדם עם מוגבלות: שם ושם משפחה \_\_\_\_\_, מס' זהות \_\_\_\_\_, תאריך לידה \_\_\_\_\_. תאריך \_\_\_\_\_, שם העובד \_\_\_\_\_, חתימה \_\_\_\_\_.

|                                 |                                |                              |
|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| שם הוראה : הורה לילד עם מוגבלות | מספר: 80-36                    | כותב ההוראה : השרות הסוציאלי |
| עמוד 10 מתוך 13                 | תאריך עדכון אחרון : 29/04/2025 |                              |

נספח ה'

הצהרה נלווית להצהרת היעדרות – אפוטרופוס / הורה במשפחת אומנה

הצהרות אלה יצורפו לנספח ג', ככל שהן רלוונטיות לעובד (אם אין שינוי בהגדרת העובד כאפוטרופוס או כהורה במשפחת אומנה, אפשר להסתפק בצירוף האישורים הנלווים הנדרשים לצורך הצהרות אלה פעם אחת בלבד).

אפוטרופוס

הנני מצהיר בזאת כי מוניתי כאפוטרופוס של האדם עם מוגבלות אשר פרטיו רשומים להלן, ואין אדם אחר המטפל בו (מצורף צו בית משפט / בית דין אחר בדבר מינוי כאפוטרופוס).  
הנני מצהיר כי ביום \_\_\_\_\_ עליו הצהרתי, האדם עם המוגבלות אשר פרטיו רשומים להלן היה עמי ולא עם האפוטרופוס/ים האחר/ים.  
למיטב ידיעתי, יש / אין (מחק את המיותר) לאדם אשר פרטיו רשומים להלן, אפוטרופוס/ים אחרים בשם \_\_\_\_\_ ומספר זהות \_\_\_\_\_, אשר הינם עובדים שכירים או עצמאיים.  
פרטי האדם עם מוגבלות: שם ושם משפחה \_\_\_\_\_, מס' זהות \_\_\_\_\_, תאריך לידה \_\_\_\_\_.  
תאריך \_\_\_\_\_, שם העובד \_\_\_\_\_, חתימה \_\_\_\_\_.

הורה במשפחת אומנה

הנני מצהיר בזה כי אני הורה במשפחת אומנה של האדם עם מוגבלות אשר פרטיו רשומים להלן, וכי ביום עליו הצהרתי, האדם עם המוגבלות היה עימי ולא עם הוריו הטבעיים או המאמצים.  
פרטי האדם עם מוגבלות:  
שם ושם משפחה \_\_\_\_\_, מס' זהות \_\_\_\_\_, תאריך לידה \_\_\_\_\_.  
תאריך \_\_\_\_\_, שם העובד \_\_\_\_\_, חתימה \_\_\_\_\_.

(מצורף אישור מאת המפקח הארצי על האומנה במשרד הרווחה והשירותים החברתיים או מי שהוא הסמיק לכך או אישור של גוף מפעיל שמשרד הרווחה והשירותים החברתיים התקשר עמו לשמש כגוף מפעיל לאומנה, על היותי הורה במשפחת אומנה).

|                                |                               |                             |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| שם הוראה: הורה לילד עם מוגבלות | מספר:<br>80-36                | כותב ההוראה: השרות הסוציאלי |
| עמוד 11 מתוך 13                | תאריך עדכון אחרון: 29/04/2025 |                             |

**נספח ו' – נוהל דיווח שעות / ימי היעדרות מחלת ילד עם מוגבלות**

(1) ההזנה עבור שעות ההיעדרות (52 או 104 שעות צורך סיוע של הורה לילד עם מוגבלות)

ידווחו כשעות מחלה, אך לא ירדו מניצול ימי המחלה של העובד.

א. 52 שעות ההיעדרות של העובד ידווחו בשני אירועים במקביל כדלקמן:

אירוע 4705 – שעות מחלה חלקית

אירוע 4775 – סימול 1 מלא - 5667

ב. 52 שעות ההיעדרות של בן הזוג (במקרה בו בן הזוג זכאי להן ולא עשה

בהן שימוש והוא מסכים להעבירן לבן/בת זוגו) ידווחו בשני אירועים

כדלקמן:

אירוע 4705 – שעות מחלקה חלקית

אירוע 4775 – סימול 1 מלא - 5621

(2) ההזנה עבור ימי מחלת ילד עם מוגבלות (18 או 36 ימים בשנה, מימי המחלה הצבורים

של העובד) - ידווחו כימי מחלת ילד עם מוגבלות וינוכו מיתרת ימי המחלה שנצברו

לעובד.

יום היעדרות מלא ידווח באירוע 4735 – סימול 38.

(3) במידה ולעובד/ת יותר מילד אחד, כאשר רק חלקם מוכרים עם מוגבלות, הדיווח יהיה

בהתאם לילד החולה. כלומר, במקרה בו המחלה נלקחה עבור הילד עם המוגבלות

ידווחו הסימולים שצוינו בסעיפים 1-2 לעיל. במקרה בו המחלה נלקחה עבור ילד אחר

(לא עם מוגבלות) ידווח מחלת ילד בסימול 03.

(4) דיווח כל הסעיפים שלעיל **במערכת לבניא** – יבוצע בהתאם לשם הקוד, המערכת תתרגם

באופן אוטומטי את ההזנה לאירועים השונים (מונה עבודה/שונות/אי נוכחות),

לדוגמא: 4 שעות מחלה להורה לילד עם מוגבלות, ידווחו בקוד 79 או 279

|                                 |                                |                              |
|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| שם הוראה : הורה לילד עם מוגבלות | מספר: 80-36                    | כותב ההוראה : השרות הסוציאלי |
| עמוד 12 מתוך 13                 | תאריך עדכון אחרון : 29/04/2025 |                              |

נספח ז' – רשימת עו"סים/יות

|             |                                                        |
|-------------|--------------------------------------------------------|
| 052-9289469 | מנהלת השירות הסוציאלי לאזרחים עובדי צה"ל, שלי סהר      |
| 055-6613328 | עו"ס יחידות ללא עו"ס ישיר, קרן עמית                    |
| 052-9458746 | עו"ס מרה"ס צריפין ודרום, ובינוי מרכז ודרום, עירית זקלר |
| 055-6645054 | עו"ס מרה"ס ת"ש וצפון, ובינוי מרכז ודרום, שחר ברקאי     |
| 050-8357880 | עו"ס חיל האויר עדי גודלמן                              |
| 052-8779826 | עו"ס חיל הים יונת הלפרין                               |
| 052-9462435 | עו"ס מרת"ח והובלה אורית אפגן                           |
| 054-2096111 | עו"ס מש"א מירב לוי                                     |
| 052-3945810 | עו"ס מש"א גיל אוחיון                                   |
| 050-5401848 | עו"ס אמ"ן קרן שמש                                      |

|                                 |                                |                              |
|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| שם הוראה : הורה לילד עם מוגבלות | מספר:<br>80-36                 | כותב ההוראה : השרות הסוציאלי |
| עמוד 13 מתוך 13                 | תאריך עדכון אחרון : 29/04/2025 |                              |