



## **קליטת עובד במשרת סטודנט בצה"ל- דף הנחיות**

1. על מנת להיקלט לעבודה כסטודנט בצה"ל, על היחידה הקולטת להגיש "תיק קליטה" המורכב מטפסים ומסמכים שעליך להמציא ולהעביר בהקדם האפשרי.
2. "תיק קליטה" שאינו שלם יעכב את תהליך קליטתך ועל כן חשוב מאוד לקרוא את ההנחיות להלן בעיון ולמלא את כל הסעיפים הנדרשים.
3. במידה וגם לאחר קריאת ההנחיות בעיון נותרות שאלות שדורשות מענה, ניתן ליצור קשר עם נציג היחידה הקולטת או למוקד מרכז תעסוקת עובדי צה"ל 03-6553700.

המסמכים שעליך להביא לטובת תיק קליטה זה הנם:

1. צילום ת.ז. וספח – חשוב שהצילום יהיה קריא והתמונה ברורה (בת.ז. חדשה יש לצלם את שני הצדדים)
  2. אישור לימודים בתוקף – לאותה שנה בה תחל ההעסקה. האישור צריך להיות עבור לימודי תואר ראשון, שני, שלישי במוסד אקדמי בישראל המוכר ע"י המועצה להשכלה גבוהה.
  3. טופס שאלון רפואי מלא
  4. סיכום מידע רפואי מרופא המשפחה – על גבי אישור סטנדרטי של קופת החולים
  5. טופס בקשה להצטרפות לקרן פנסיה, קרן השתלמות וקופ"ג
- דגשים למילוי הטופס:

- א. קיימת אפשרות להצטרף לקרנות ברירת מחדל בצה"ל או להמשיך הפקדות לקרן שהפקדת אליה כספים עד היום:
- (1) במידה ובחרת להצטרף לקרנות ברירת המחדל, יש לציין זאת בטופס במקומות המתאימים. במקרה זה, עבור קופת הגמל בלבד יש לצרף גם אישור הצטרפות מהקרן (מצ"ב אישור לדוגמה). חשוב שיהיה באישור מספר עמית.
  - (2) במידה ובחרת בקרן פנסיה, השתלמות או קופת גמל הקיימות ברשותך, יש לציין זאת בטופס ולצרף אישור הצטרפות מהקרן (מצ"ב אישור לדוגמה) או תדפיס חשבון אחרון במעמד פעיל. חשוב שיהיה באישור שם קופה, מס' קופה באוצר, מעמד העמית ומס' עמית.
  - (3) במידה והקופה דורשת מס' ח.פ. או אישור מעסיק יש לתת את המספר 500106794
- ב. יש לקרוא בעיון ולחתום על ההצהרה שבסוף הטופס



6. טופס פרטים אישיים מלא

חשוב למלא את כלל השדות, לחתום בכל המקומות בהם נדרשת חתימת הסטדונט ולוודא שהטפסים מועברים באופן קריא וברור להמשך טיפול ביחידה הקולטת.

בהצלחה!



## **לטובת קליטת אזרח עובד צה"ל במשרת סטודנט נדרש לפתוח בקשה במערכת קליטות. להלן רשימת הטפסים אשר נדרש לצרף למערכת:**

### **צק ליסט לקליטת אזרח עובד צה"ל - סטודנט:**

1. טפסים אשר נדרשים למילוי ע"י המועמד ו/ או ע"י המפקד הקולט בדרגת סא"ל:

- א. טופס סיכום ראיון
- ב. שאלון רפואי וטופס ויתור סודיות
- ג. טופס הצטרפות לקרן פנסיה, השתלמות וקופ"ג
- ד. הצהרה על אי קשר פיקודי- במידה וקיים קרוב משפחה ביחידה
- ה. התייחסות לתלונות מהשירות הצבאי חתום ע"י סא"ל ומעלה
- ו. טופס 800- פרטים אישיים

2. טופס למילוי הסמכות:

- א. אישור תקציבי לקליטת סטודנט
3. מסמכים נוספים אשר נדרש לצרף:
  - א. אישור סב"ט
  - ב. צילום ת.ז וספח
  - ג. סיכום מידע רפואי מרופא משפחה
  - ד. אישור סטודנט מן המניין מהמוסד האקדמאי

### **דגשים כלליים:**

- כלל הטפסים צריכים להיות סרוקים באופן קריא וברור
- יש לוודא כי כלל הסעיפים בכלל הטפסים מלאים
- יש לוודא החתמת הגורם הנדרש כפי שמופיע ע"ג הטפסים
- יש לוודא כי הפרטים המופיעים בטפסים הינם אחידים ותואמים בין הטפסים השונים
- נדרשת חתימת "נאמן למקור" לפחות ע"י רס"ן ומעלה על מסמכים אלו



## טופס פרטים אישיים (טופס 800)

- יש לוודא כי כלל הפרטים שמולאו בטופס נכונים. אי מילוי הטופס כראוי יגרור פגיעה בזכויות העובד.
- יש לוודא כי פרטי הבנק נכונים (יש לאמת את הפרטים מול אסמכתא מהבנק)
- ימולא ע"י המועמד בנוכחות קצין האזרחים/ שליש יחידתי
- יחידה:
- יחידת משנה (2 ספרות):

### פרטי המועמד:

1. מספר זהות:
2. שם המשפחה:
3. שם פרטי:
4. שם משפחה קודם:
5. מצב משפחתי (נא להקיף):
  - רווק
  - נשוי
  - גרוש
  - אלמן
6. טלפון בבית:
7. טלפון נייד:
8. לאום:
9. שם האב:
10. מספר ילדים:
11. מין (נא להקיף):
  - זכר
  - נקבה
12. שם הישוב:
13. רחוב:
14. מספר הבית:
15. דירה:
16. קופת חולים:
17. תאריך לידה:
18. ארץ לידה:



19. תאריך עלייה:

20. אזרחות (נא להקיף):

○ ישראלית

○ זרה

○ כפולה

### **פרטי בן/בת הזוג:**

1. תאריך נישואין:

2. שם פרטי:

3. דם משפחה קודם:

4. מספר זהות:

5. תאריך לידה:

6. ארץ לידה בן/בת הזוג:

7. מספר ילדים קודמים:

8. מצב בן/בת זוג (נא לסמן):

○ עובד (לרבות חבר קיבוץ או פנסיונר)

○ לא עובד

○ חייל/ת

### **פרטי הילדים:**

1.

• שם הילד:

• תאריך לידה של הילד:

• מספר זהות של הילד:

• מצב (נא להקיף): הילד בחזקת העובד/הילד לא בחזקת העובד/פטירת ילד

2.

• שם הילד:

• תאריך לידה של הילד:

• מספר זהות של הילד:

• מצב (נא להקיף): הילד בחזקת העובד/הילד לא בחזקת העובד/פטירת ילד

3.

• שם הילד:

• תאריך לידה של הילד:

• מספר זהות של הילד:



- מצב (נא להקיף): הילד בחזקת העובד/הילד לא בחזקת העובד/פטירת ילד .4

- שם הילד:
- תאריך לידה של הילד:
- מספר זהות של הילד:
- מצב (נא להקיף): הילד בחזקת העובד/הילד לא בחזקת העובד/פטירת ילד

## השכלה:

1. תאריך זכות להשכלה גבוהה:

2. סוג השכלה (נא לסמן):

- ראשון
- שני
- שלישי
- הנדסאי מוסמך
- טכנאי מוסמך
- מהנדס מוסמך
- לימודי תעודה
- הנדסאי שיניים
- תיכונית
- על תיכונית

נא לצרף לגבי כל תואר בנפרד: אישור מהמוסד בו למדת על זכות לתואר, רישום בפנקס הממשלתי המתאים ודיפלומה.

## שאר בשר קרוב ביותר:

1. שם משפחה:
2. שם פרטי:
3. יחס קרבה:
4. כתובת:
5. טלפון:

## נכות:

יש לצרף אישור רשמי מתאים בו יפורטו אחוזי הנכות ומקור הנכות.

- אחוז נכות ביטוח לאומי:
- אחוז נכות משהב"ט:



## **משפחה שכולה בצה"ל (נא לסמן ולצרף אישור מתאים):**

- בן למשפחה שכולה
- הורה שכול

### **חשבון בנק:**

1. שם הבנק:
2. מספר הבנק:
3. שם הסניף:
4. מספר הסניף:
5. מספר חשבון הבנק:

### **הצהרה:**

- הנני מצהיר בזה שכל הפרטים שמולאו בשאלון זה הינם נכונים, שלמים ומדויקים והנני מתחייב להודיע על כל השינויים שיחולו במצב המשפחתי
- תאריך:
- חתימת המועמד:



## ייפוי כל על חשבון בנק

### אני הח"מ:

1. מספר זהות:
2. שם משפחה:
3. שם פרטי:
4. תפקיד:
5. מצהיר כי כל תשלום שיועבר לחשבוני כאמור לעיל, יחשב כאילו שולם ע"י צה"ל לידי ממש וכאילו אושרה קבלתו בחתימת ידי.
6. אם יתברר כי העברתם לחשבוני, בבנק הנ"ל, סכומים שלא הגיעו לי, תהיו רשאים לדרוש מהבנק את הסכומים הנ"ל ולחייב את חשבוני בבנק ובחתימתי על גבי מסמך זה, הנני מיפה את כוחכם בייפוי כח בלתי חוזר למשוך מחשבוני, בכל עת, כל סכום שיתברר, עפ"י חשבונכם כי לא הייתי זכאי לקבלו.
7. הנני מצהיר כי אם תשתמשו בייפוי כח זה, לא יהיו לי ולכל הבא מכוחי כל טענות כלפיכם ו/או כלפי הבנק.
8. חתימת המועמד:

### הצהרה:

#### אני הח"מ:

1. מספר זהות:
2. שם משפחה:
3. שם פרטי:
4. תפקיד:
5. ידוע לי שעם קבלתי להעסקה כע"צ יחשבו 60 החודשים הראשונים לעבודתי כתקופת ניסיון (ע"פ פרטיכל של הישיבה שנערכה בין משרד הביטחון לארגון עובדי צה"ל בתאריך 09/09/2007) ומערכת הביטחון רשאית לפטרני ללא מתן הסברים בכל עת בתקופה זו תוך מתן הודעה מוקדמת.
6. ידוע לי כי בתוך תקופת הניסיון תיבדק התאמתני להעסקה במערכת הביטחון בהתאם להסכם הקיבוצי, פקודות בצבא והוראותיו החלות לגבי קבלת עובד(ת) צבא.
7. הסעיף בהסכם העבודה הדן במעמדו של העובד בתקופת הניסיון הובא לידיעתי ואני מצהיר(ה) בזה כי אני מסכים לכל הכתוב בו.
8. ידוע לי כי הצהרה זו אינה באה במקומו של ההסכם הקיבוצי המיוחד שבין הסתדרות הכללית והארגון הארצי לעובדי צה"ל לבין מערכת הביטחון החל עלי והצהרתי זו ניתנת אך ורק להסיר ספק בקבלתי אותו.





9. הובא לידיעתך שבהתאם לנאמר בהסכם הקיבוצי המיוחד בין מערכת הביטחון לבין ההסתדרות, עלי למסור הודעה מוקדמת אם רצוני להתפטר מעבודתי, לפי שעורי הזמן המפורטים בסעיף 9 של ההסכם הנ"ל. אם לא אודיע מראש, אחויב בתשלום בעבור הימים החסרים למכסת ימי ההודעה.

10. ידוע לי ואני מסכים, כי תשלומים שבוצעו ביתר או בטעות ייראו כמקדמה ע"ח תשלומים עתידיים ויהיו ניתנים לניכוי מהמשכורת או מתשלומים עתידיים אחרים.

11.

א. הנני מאשר(ת) בזה את הצהרתי בחתימת ידי.

○ תאריך:

○ חתימה:

ב. לאחר שקראתי בפני הנ"ל והסברתי לו/לה את הצהרתו /הצהרתה ומשמעותה, חתם/חתמה הנ"ל בפני ואני מאשר בזה הצהרתו/הצהרתה.

○ תאריך:

○ מספר אישי:

○ דרגה:

○ שם משפחה:

○ שם פרטי:

○ תפקיד:

○ חתימת הקצין מאשר ההצהרה:



## הצהרה על שמירת סודיות

### אני הח"מ:

- מספר זהות:
- שם משפחה:
- שם פרטי:
- תפקיד:

1. מצהיר(ה) בזאת כי סעיף 57 של חוק השיפוט הצבאי תשט"ו-1955 המובא להלן, הוקרא בפני והוסבר לי במלואו: סעיף 57 של חוק השיפוט הצבאי תשט"ו-1955 קובע כדלהלן: "חייל אשר גילה או מסר ללא רשות אחד הדברים האלה:

א. כתב סתרים, סיסמא, סימן הכר, או ידיעות על מספרם של כוחות הצבא, עמדותיהם, מקום הימצאם, הספקתם או מתקניהם, או על הכנות או על פקודות בנוגע לפעולותיהם או לתנועותיהם.

ב. פרט חשוב בנוגע לתפקידו, שירותו או מקום שירותו בצבא, או לתפקידו, שירותו או מקום שירותו של חייל אחר בצבא, או כל פרט חשוב ביחס לצבא, שלפי פקודות הצבא או הנוהג הצבאי אין למסרו אלא למי שמוסמך לקבלו, בין שהידיעה נכונה ובין שאיננה נכונה, דינו – מאסר חמש שנים."

2. הנני מצהיר(ה) בזה כי תקנה 136 (1) לתקנות ההגנה (שעת חרום) – 1945 המובאת להלן הוקראה בפני והוסברה לי במלואה. התקנה האמורה קובעת: "כל אדם, פרט לחייל או שוטר הפועל בשעת מילוי תפקידו, אשר

א. משיג או

ב. רושם או

ג. מודיע לאדם אחר כלשהו או מפרסם, או

ד. מחזיק ברשותו מסמך כלשהו או רשום אחר כל שהוא המכילים – כל ידיעה אשר הינה, או מתיימרת להיות ידועה בקשר לעניין מן העניינים המנויים להלן, היינו מספרם, תיאורם, חימושם, ציודם, היערכותם, תנועותיהם, או מצבם של כל חייל או חלק מכוחות הצבא, או של המשטרה או ספינותיהם, כלי רכבם, אוירניהם, מבצעים או מבצעים הנמצאים בתכנון, שבוייהם, תחמושתם המלחמתית או כל אמצעי להגנה או ביצור של כל מקום עבור המדינה או כל ידיעה, אשר הינה או מתיימרת להיות בעלת ערך צבאי – ייאשם בעבירה על תקנות ההגנה (שעת חרום) – 1945"

3. כמו כן הופנתה תשומת ליבי להוראות פקודות הסודות הרשמיים הדנות בחובתי לשמירת ואי גילוי ידיעה, תוכנית, תהליך, מסמך או חפץ אחר כל שהוא אשר הינם סודיים ו/או הנוגעים



ו/או העשויים לנגוע בצורה כל שהיא לביטחון המדינה ו/או המיועדים לצרכי הצבא ומטרותיו ו/או אשר הינם או מתיימרים להיות בעלי ערך צבאי אשר יגיעו לידי בשעת שירותי/עבודתי\* ב- צה"ל והן לאחר תום שירותי/עבודתי\* ב-צה"ל וידוע לי כי אם אעבור עבירה על הוראות חוק מן החוקים המוזכרים לעיל, הנני צפוי לעונש של ארבע שנות מאסר.

4. הנני מתחייב(ת) בזה לא לגלות ו/או למסור, הן במישרין והן בעקיפין ללא רשות ממוסד צבאי מוסמך ידיעה, תוכנית, תהליך, מסמך או חפץ כל שהוא אחר, אשר הינם סודיים ו/או הנוגעים ו/או העשויים לנגוע בצורה כל שהיא לביטחון המדינה ו/או המיועדים לצרכי הצבא ומטרותיו ו/או אשר הינם או מתיימרים להיות בעלי ערך צבאי אשר יגיעו לידי בעבר, בזמן שירותי/עבודתי\* ב-צה"ל או לפניו(ה) ו/או אשר יגיעו לידיעתי בעתיד.

5. הנני מאשר(ת) את הצהרתי בחתימת ידי.

א. תאריך:

ב. חתימה:

**לאחר שקראתי לפני הנ"ל והסברתי לו/לה את הוראות סעיף 57 של חוק השיפוט הצבאי תשט"ו-1955, פקודת הסודות הרשמיים ותקנה 136 לתקנות ההגנה (שעת חרום) 1945, ולאחר שהפניתי את תשומת ליבו/ליבה לעונש הצפוי לו/לה במקרה של עבירה של אחת מהוראות החו' המפורטות לעיל, חתם(ה) הנ"ל בנוכחותי.**

○ תאריך:

○ מספר אישי:

○ דרגה:

○ שם משפחה:

○ שם פרטי:

○ תפקיד:

○ חתימת הקצין מאשר ההצהרה:



## טופס בקשת מועמד להצטרפות לקרן פנסיה, קרן השתלמות וקופ"ג:

כעובד צה"ל עומדות בפנייך שתי אפשרויות: (נא לסמן את בחירתך)

- ביצוע צק אפ פיננסי: במידה ובחרת אפשרות זו יש למלא בטופס זה את סעיפים 7,8 בלבד. מילוי של סעיף אחר מלבד סעיפים אלו לא יטופל.
- הצטרפות לקרנות ללא ביצוע צק אפ פיננסי: במידה ובחרת באפשרות זו יש למלא את כלל הטופס למעט סעיף 7.

### 1. קרן פנסיה

הפרשות פנסיוניות בגובה 20.5%, מתוכן תגמולי עובד בגובה 7% מהשכר הפנסיוני החודשי בצירוף 13.5% שמפקיד המעביד (7.5% תגמולי מעביד ו-6% לטובת פיצויים). הכנסה חודשית לקרן הפנסיה מופיעה בתלוש השכר ב"נתונים גולמיים".

תצורף לקרן פנסיה, כאשר: (יש לסמן אפשרות אחת במקום המתאים)

- מבקש להצטרף לקרן הפנסיה ברירת מחדל של עובדי צה"ל. ברירת המחדל עבור עובדי צה"ל הינה:

- קרן פנסיה של חברת מנורה מבטחים החדשה, מספר קופה באוצר 178.
- איש הקשר: טלי אליעזר אברמוב, מספר טלפון: 054-7778351, 03-9523018.

- מבקש להפריש ל:

- קרן פנסיה צוברת קיימת/ ביטוח מנהלים קיים:
- מספר קופה באוצר:
- מספר עמית:
- במקרה של ביטוח מנהלים ו/או פיצול הפרשות פנסיוניות (לדוגמה בין קרן פנסיה לבין ביטוח מנהלים)
- נדרש לקבל אישור לפני מועד הקליטה מאת רח"ל פנסיה במופת באמצעות טלפון: 1111 (מוקד מופת).
- מותנה בהצגה מוקדמת של אישור הצטרפות או תדפיס פוליסה במעמד פעיל מהקרן/חברת ביטוח והצהרה על אופן פיצול המבוקש לפי תקרת שכר. במקרה של ביטוח מנהלים ההפרשות לפיצויים יעמדו על 8.33% במקום 6%.

- מבקש להפריש ל:

- קרן פנסיה ותיקה קיימת, קרן פנסיה בעמיתים, קרנות הפנסיה הוותיקות.



- בהתאם להסדר המיוחד של המעסיק ביכולתך לבקש לשמור על הזכויות שלך בקרן הפנסיה "מבטחים הוותיקה" בלבד, החלת תקנון רציפות זכויות- נדרש לקבל אישור לפני מועד הקליטה מאת רח"ל פנסיה במופת באמצעות טלפון: 1111 (מוקד מופת), מותנה בהצגת תדפיס זכויות מאת קרן וותיקה.

## 2. קרן השתלמות

- א. הפרשות קרן השתלמות בגובה 2.5% מהעובד, בצירוף 7.5% שמפקיד המעביד מהכנסה חודשית לקרן השתלמות המופיעה ב"נתונים גולמיים" בתלוש השכר. ההפקדות הן במעמד עמית-שכיר.
- ב. להלן פירוט בדבר קרנות ההשתלמות ברירות המחדל של עובדי צה"ל:
- הראל ביטוח ופיננסים
  - מנורה מבטחים החדשה
  - חברת פסגות
  - קרן השתלמות להנדסאים וטכנאים בע"מ.
- לידיעתך, קיימות קרנות השתלמות נוספות המיועדות לדירוגים ייחודיים. במידה והנך מעוניין, נא פנה לאגודה המקצועית אליה הנך משתייך לפרטים נוספים ולהצטרפות לקרן הרלוונטית.
- ג. כעובד צה"ל, תצטרף לקרן השתלמות, כאשר: (יש לסמן אפשרות אחת במקום המתאים)
- מבקש להצטרף לאחת מקרנות ההשתלמות ברירות המחדל של עובדי צה"ל:
  - יש לציין לאיזה חברה מבקש להצטרף (מבין 4 האפשרויות המצוינות מעלה)
  - מבקש להפריש ל:
  - קרן השתלמות קיימת:
  - מספר קופה באוצר:
  - מספר עמית:
  - (מותנה בהצגה מוקדמת של אישור הצטרפות מהקרן, או תדפיס חשבון במעמד פעיל מהקרן, עד מועד קליטתך)
3. קופת גמל לרכיבים לא פנסיוניים - מרכיבי עבודה נוספת



א. קופת גמל לרכיבים לא פנסיוניים הינה קופה במעמד שכיר בגין מרכיבי עבודה נוספת, במידה ותהיה זכאי להם, כגון: שעות נוספות / שעות כוננות וכד'. ההפרשה בגין אותם מרכיבים הינה 6.5% שמפקיד העובד ו-6.5% שמפקיד המעביד.

להלן פירוט בדבר קרנות ההשתלמות ברירות המחדל של עובדי צה"ל:

- הראל ביטוח ופיננסים
  - מנורה מבטחים החדשה
  - חברת פסגות
  - קרן השתלמות להנדסאים וטכנאים בע"מ.
- ב. כעובד צה"ל, תצטרף לקופת גמל, כאשר: (יש לסמן אפשרות אחת במקום המתאים)

- מבקש להצטרף לאחת מקופות הגמל ברירות המחדל של עובדי צה"ל:
- יש לציין לאיזה חברה מבקש להצטרף (מבין 4 האפשרויות המצוינות מעלה)

- מבקש לאחד ולהפריש לקרן הפנסיה עליה הצהרתי בסעיף 1.
- מבקש להפריש ל:

- קופת גמל קיימת:
- מספר קופה באוצר:
- מספר עמית:
- מותנה בהצגה מוקדמת של אישור הצטרפות מהקרן, או תדפיס חשבון במעמד פעיל מהקרן, עד מועד קליטתך.

#### 4. קופת גמל לרכיבים לא פנסיוניים - מרכיבי החזר הוצאות

- א. קופת גמל לרכיבים לא פנסיוניים הינה קופה במעמד שכיר בגין מרכיבי החזרי הוצאות, במידה ותהיה זכאי להם. הפרשות בגין אותם מרכיבים הן בגובה 10%, מתוך 5% תגמולי עובד בצירוף 5% שמפקיד המעביד.
- ב. כעובד צה"ל, תצטרף לקופת גמל, כאשר: (יש לסמן אפשרות אחת במקום המתאים)
- מבקש לאחד ולהפריש לקופת הגמל עליה הצהרתי בסעיף 3.
  - מבקש לאחד ולהפריש לקרן הפנסיה עליה הצהרתי בסעיף 1.
  - מבקש להפריש ל:
- קופת גמל קיימת:
  - מספר קופה באוצר:
  - מספר עמית:



- מותנה בהצגה מוקדמת של אישור הצטרפות מהקרן, או תדפיס חשבון במעמד פעיל מהקרן, עד מועד קליטתך.

#### 5. קופת גמל בגין תשלום יום נוסף

תשלום יום נוסף – תוספת שאינה קבועה ומיועדת לאוכלוסיות מוגדרות לכך. במידה ותהיה זכאי לרכיב, ההפרשות בגינו הן בגובה 15.5%, מתוכן 5.5% תגמולי עובד בצירוף 7.5% שמפקיד המעביד והן 2.5% פיצויים.

א. כעובד צה"ל, תצטרף לקופת גמל עבור תשלום יום נוסף, כאשר: (יש לסמן אפשרות אחת במקום המתאים)

- מבקש לאחד ולהפריש לקופת הגמל עליה הצהרתי בסעיף 3.
- מבקש לאחד ולהפריש לקרן הפנסיה עליה הצהרתי בסעיף 1.
- מבקש להפריש ל:

- קופת גמל קיימת:
- מספר קופה באוצר:
- מספר עמית:
- מותנה בהצגה מוקדמת של אישור הצטרפות מהקופה, או תדפיס חשבון במעמד פעיל, עד מועד קליטתך.

#### 6. קופת גמל נוספת עובר עובדי הוראה (מיועד לדירוג מורים בלבד)

עובדי הוראה בהתאם להסכם ייעודי, זכאים להפרשות לקופ"ג עובדי הוראה בגין תוספות שכר מיוחדות. הפרשות בגובה 18.33%, מתוכן 5% תגמולי עובד 5%, תגמולי מעסיק ו-8.33% פיצויים.

ברירת מחדל קופת גמל עובדי הוראה- "הילה", מספר קופה באוצר 1478.

- מבקש לאחד ולהפריש לקופת הגמל עליה הצהרתי בסעיף 3.
- מבקש לאחד ולהפריש לקרן הפנסיה עליה הצהרתי בסעיף 1.
- מבקש להצטרף ל:

- קופת גמל:
- מספר קופה באוצר:
- מספר עמית:
- מותנה בהצגה מוקדמת של אישור הצטרפות מהקופה, או תדפיס חשבון במעמד פעיל, עד מועד קליטתך.

#### דגשים לכלל הקופות עבור כלל המועמדים שלא בחרו באפשרות צק אפ פיננסי:

- א. אישור הצטרפות מהקופה/ תדפיס חשבון במעמד פעיל צריך להיות כולל שם קופה, מספר קופה באוצר, מעמד העמית ומספר עמית.



ב. במידה ותהיה מעוניין לפתוח קופה חדשה והחברה מבקשת אישור מעסיק: על פי החוק משנת 2009 אין צורך באישור מעסיק רשמי וניתן להעביר מספר ח"פ: 500106794.

ג. במידה ובמהלך העסקתך תהיה מעוניין בשינוי קופות באפשרותך לפנות לקצין האזרחים ביחידתך או למוקד מופת בטלפון: 1111.

ד. כל ההפרשות מבוצעות החל מיום העבודה הראשון אלא אם צוין אחרת.

## 7. צק אפ פיננסי- למילוי עבור מועמדים שבחרו בביצוע צק אפ פיננסי

לבחינת ובחירת הרכב החיסכון הפנסיוני האופטימלי עבורך, ארגון עובדי צה"ל שמח להעניק לך במתנה צק אפ פיננסי אישי ומקיף. כעובד צה"ל הנך זכאי לקבל במסגרת תנאי ההעסקה תנאים פנסיונים ייחודיים החל מתחילת העסקתך.

בצ'ק אפ הפיננסי יינתנו לך מכלול הנתונים אודות חסכונותיך הפנסיונים, הפנסיה הצפויה, וליווי פרטני להתאמת התוכניות הפנסיוניות ומסלולי ההשקעה בהתאם למטרותיך העתידיות. לזכותך מגוון הטבות דמי ניהול בקופות ובקרנות אשר לאחר תהליך בחינה מעמיקה נבחרו כקופות מועדפות לתנאי העסקה של עובדי צה"ל עם זאת, כל עובד רשאי על פי חוק לבחור בכל קופה אחרת לפי רצונו והעדפתו ולבחון אפשרות המשך הפקדות לקופות קיימות. לקבלת הטבת צ'ק אפ פיננסי והתאמת הסדרים פנסיונים עליך למלא הצהרה זו. בחתימתך על מסמך זה הנך מאשר למסור את פרטי התקשורתך לסוכנות הפיננסים הנבחרת של ארגון עובדי צה"ל.

לאחר מסירת פרטים אלו איש מקצוע ייצור עמך קשר להסבר נרחב ותיאום פגישה.

חתימת המבקש:

○ מספר תעודת זהות:

○ שם המשפחה:

○ שם פרטי:

○ תפקיד:

○ מספר טלפון:

○ כתובת דוא"ל:

○ תאריך:

○ חתימה:





## 8. הצהרה – מיועדת לכלל העובדים (למי שבחר לבצע צק אפ פינסי ולמי שבחר

לא לבצע זאת)

**ידוע לי ואני מסכים כי:** (לעניין האמור כאן: "קופת גמל" – לרבות קרן השתלמות, קרן פנסיה וכיוצא באלה).

1. הבחירה כי יופקדו הכספים בקופות ברירת המחדל הינה בהתאם לשיקול דעתי ועל אחריותי. מובן לי כי בשום מקרה צה"ל איננו משמש כיועץ לעניין זה וכי באפשרותי להיוועץ עם יועץ מקצועי חיצוני בטרם אקבל החלטה בדבר חסכונותיי.
2. בקשותיי האמורות במסמך זה נעשו ללא קבלת כל יעוץ מצה"ל או ממי מטעמו.
3. ניתנת לי זכות לבחור קופת גמל מאותו סוג כמו קופות ברירת המחדל הקיימות בצה"ל. כל עוד לא בחרתי בקופת גמל מסוג מסוים שאינה קופת ברירת המחדל, יועברו ההפקדות המנוכות ממשכורתי לקופת הגמל מאותו סוג אשר נבחרה כברירת מחדל (במקרה כזה יהא עלי להסדיר את מעמדי בקופת הגמל, אשר נבחרה כברירת מחדל, ישירות למול הקופה, וזאת תוך חודש ממועד הצטרפותי אליה, שכן אחרת, יתכן והיא לא תוכל להמשיך ולקבל כספים עבורי).
4. אני מתחייב לברר ישירות מול הקופה האם חסר מידע/ מסמך נוסף לשם הצטרפות ולפעול לשם העברתו ישירות לקופה באופן מיידי עם תחילת העסקה.
5. ההפקדות לקופות שנבחרו על ידי ינוכו משכרי. ידוע לי כי אם בקשתי תועבר למחלקת מופת לאחר ה-10 בחודש, יועברו הכספים לקופה החדשה רק החל משכר החודש העוקב; ורק אם אין כל מניעה אחרת להעברת הכספים.
6. העדכון אודות שינוי הקופה הינו לגבי הניכויים השוטפים משכרי ואם ברצוני להעביר את כלל הסכומים שנצברו בקופה ממנה ביקשתי לעבור, עלי לעשות זאת במישרין למול הקופה.
7. במקרה בו יועברו לשכרי סכומים באופן רטרואקטיבי, יועברו ההפקדות בגין הפרשות אלו לקופות הגמל בהם אהיה עמית בעת קבלת הסכומים.
8. זכויותי בקופות הגמל יהיו בהתאם לתקנון הקופות שנבחרו ולהוראות הדין בדבר קופות גמל.
9. עלי להודיע למחלקת מופת במקרה בו אבחר לשנות את קופות הגמל שבחרתי או להפסיק את תשלומי לקופות הגמל.
10. ידוע לי כי התשלומים בקופות הגמל שבחרתי ישולמו בהתאם להוראות הדין ותקנון קופות הגמל ו/או ההוראות אשר נתתי לאמורות. אם ברצוני לקבוע מוטבים עלי לפנות לקופות הגמל ולהסדיר את הנושא ישירות מולם ובהתאם לכללים הקובעים על-ידם.



11. בנוסף לחסכונות המפורטים לעיל, באפשרותי לבצע חסכונות יזומים בקופות גמל אחרות, באופן עצמאי, בדרך של הוראת קבע בחשבון הבנק. והכול בכפוף להסדר התקף באותה עת (לעניין זה "הסדר" - לרבות כל דין, ו/או כל פקודה, ו/או כל נוהל מטעם המעסיק).

12. לא יהיה תוקף לכל שינוי או מחיקה של פרט או תנאי בהצהרה זו, שתעשה על ידי.

13. הריני מאשר כי קיבלתי לידי העתק חתום מהטופס הנ"ל.

חתימת המבקש:

○ מספר תעודת זהות:

○ שם המשפחה:

○ שם פרטי:

○ תפקיד:

○ תאריך:

○ חתימה:

אישור קצין האזרחים: הריני מאשר כי המועמד מילא את פרטים בנוכחותי, הבהרתי למועמד כי בהתאם להצהרתו, יבוצעו הפרשות לקרנות.

○ מספר עובד:

○ שם משפחה:

○ שם פרטי:

○ תפקיד:

○ חתימה:

אישור על ידי מרכז תע"צ: הנני מאשר קבלת הבקשה על ידי העובד

○ מספר אישי/תעודת זהות:

○ דרגה:

○ שם משפחה:

○ שם פרטי:

○ תפקיד:

○ תאריך:

○ חתימה:



## שאלון רפואי למועמד להעסקה

### חלק א: (ימולא ע"י היחידה)

1. פרטי המועמד:

- מספר תעודת זהות:
- שם משפחה:
- שם פרטי:
- מין:
- תאריך לידה:

2. כתובת מגורים:

- רחוב:
- בית:
- יישוב:
- מיקוד:
- טלפון נייד:

3. מקום העבודה:

- יחידה:
- מיקום גאוגרפי:
- טלפון ביחידה:
- פקס:

4. התפקיד המיועד:

5. האם העיסוק משרדי/עובדה פיזית (מחק את המיותר)

6. גורמי סיכון להם יהיה המועמד חשוף בעבודתו (כימיים, ביולוגיים, פיזיקליים כגון: קרינה,

הרמת משאות כבדים, רעש מזיק וכו'):

7. פרטי הרופא המטפל:

- שם הרופא המטפל:
- כתובת המרפאה:
- טלפון:

### לשימוש הרופא התעסוקתי:

החלטות:



1. לזמן את המועמד לבדיקה נוספת:

2. מאושר

3. מאושר בהגבלות הבאות:

4. לא מאושר

5. הערות:

6. תאריך:

7. פרטי הרופא התעסוקתי:

8. חתימה:

### **חלק ב: (ימולא ע"י המועמד) - הצהרה על מצב בריאות של המועמד**

שאלות כלליות:

(יש להשיב על כל אחת מהשאלות ע"י סימון התשובה המתאימה בעיגול. פרט במקרים המתאימים)

1.1 האם הינך חש עצמך בריא? בריא בהחלט? ובעל כושר מלא לעבודה המוצעת לך? כן / לא  
אם לא- פרט:

1.2 האם אושפזת בב"ח או מוסד רפואי כלשהוא (למעט אשפוז לצורך לידה) בעשר השנים  
האחרונות? כן/לא

אם כן- פרט היכן, מתי, סיבת האשפוז, הטיפולים שעברת במהלך האשפוז והשפעת המקרה  
על מצב בריאותך כיום

1.3 האם אי פעם נותחת או הוזמנת לניתוח, בדיקות/ טיפולים פולשניים? כן/לא

אם כן- פרט מתי, סוג ניתוח, בדיקות, באיזה ב"ח, השפעת הניתוח/ בדיקות על בריאותך, כעת  
ובעתיד

1.4 האם נבדקת בשנתיים האחרונות ע"י רופא/ רופאים/ מומחים? כן/לא



אם כן- פרט שם הרופא/ים/ התמחותם, הסיבה לפניה אליהם, המלצותיהם, הטיפול שעברת ותוצאותיו.

1.5 האם אי פעם הגשת בקשה לביטוח לחברת ביטוח ובקשתך נדחתה או שהתקבלת במגבלות בגין המצב הבריאותי? כן/לא  
אם כן- פרט מדוע הצעתך נדחתה ו/או הוגבלת.

1.6 האם הינך נמצא כיום או היית בעבר חולה במחלה או הפרעה נפשית מאובחנת? כן/לא  
אם כן- פרט:

1.7 האם הינך חולה כעת במחלה כלשהי או שידוע לך על הפרעה בריאותית כלשהי? (ליקוי, מום, בעיה רפואית, כאבים, מיחושים, הפרעות גופניות ונפשיות). כן/לא  
אם כן- פרט:

1.8 האם הינך נוטל תרופות באופן קבוע? כן/לא  
אם כן- פרט: שם התרופה ומינונה (נבקשך לרשום שם התרופה בלועזית באותיות דפוס):

1.9 אם נפגעת בתאונה כלשהי? כן/לא  
אם כן- פרט: מתי נפגעת ומהן תוצאות הפגיעה?

1.10 האם הגשת בעבר תביעה להכרה בנכות? האם הוכרת כנכה? כן/לא  
אם כן- פרט מתי הוגשה התביעה/ מתי הוכרת, למי הוגשה התביעה האם עקב הפגיעה הוגבל כושרך לעבודתך, באיזה תחום? כמה אחוזי נכות נקבעו לך? ולאיזה תקופה?

### **חלק ג: שאלות מפורטות על תחלואה וסימני תחלואה:**

האם הינך סובל או האם סבלת בעבר מהמחלות או מסימני המחלות הבאים?  
(אם התשובה היא כן הקף המחלה או סימניה בעיגול ופרט הנתונים. אם חסר לך מקום לרישום הפרטים יש להוסיף דף ולצרפו להפניה זו.



1. כאבי ראש כרוניים, מחלות המוח, מחלות עצבים, אפילפסיה, שיתוקים, סחרחורות או התעלפויות, אובדן הכרה, דיכאון, או הפרעה נפשית אחרת או ניסיון התאבדות, הפרעות בתחושה?

כן ☐

לא ☐

המחלה/הפרעה: ☐

מתי הופיע לראשונה(תאריך): ☐

כמה זמן נמשכה?: ☐

פרטים נוספים כולל שם הרופא או המוסד המטפל: ☐

2. שחפת ריאתית, אסטמה, שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, בرونכיטיס כרונית, אמפיזמה, מחלות קרום הריאה, יריקת דם?

כן ☐

לא ☐

המחלה/הפרעה: ☐

מתי הופיע לראשונה(תאריך): ☐

כמה זמן נמשכה?: ☐

פרטים נוספים כולל שם הרופא או המוסד המטפל: ☐

3. מחלות לב וכלי דם, דפיקות לב או הפרעות בקצב הלב, לחצים או כאבים או לחץ בחזה, לחץ דם גבוה, נפיחות הרגליים, כאבי שוקיים בהליכה, התקף לב מסוג כלשהו?

כן ☐

לא ☐

המחלה/הפרעה: ☐

מתי הופיע לראשונה(תאריך): ☐

כמה זמן נמשכה?: ☐

4. הפרעות בבליעה, צרבת כיב קיבה או התרסריון, מחלות מעיים, דימום מדרכי העיכול, מחלות כיס מרה, הכבד, הקאה חוזרת, דם סמוי בצואה, צהבת נגיפית מסוג A.B.C?

כן ☐

לא ☐

המחלה/הפרעה: ☐

מתי הופיע לראשונה(תאריך): ☐

כמה זמן נמשכה?: ☐



5. מחלות מין, "איידס", או האם הינך נשא של "איידס"?

כן ☐

לא ☐

המחלה/הפרעה: ☐

מתי הופיע לראשונה(תאריך): ☐

כמה זמן נמשכה?: ☐

6. מחלות עיניים, הפרעות ראייה, מחלות אף, אוזן, גרון, מערות האף (סינוסיטיס), ירידה בכושר

השמיעה, צרידות כרונית?

כן ☐

לא ☐

המחלה/הפרעה: ☐

מתי הופיע לראשונה(תאריך): ☐

כמה זמן נמשכה?: ☐

7. רגישות יתר (אלרגיה)כולל תרופות, סוגי מזונות וגורמים מגרים אחרים?

כן ☐

לא ☐

המחלה/הפרעה: ☐

מתי הופיע לראשונה(תאריך): ☐

כמה זמן נמשכה?: ☐

8. מחלות או זיהומים בדרכי השתן, אבנים בכליות, דם סוכר או חלבון בשתן, הגדלת

הפרוסטטה, הפרעות במתן השתן?

כן ☐

לא ☐

המחלה/הפרעה: ☐

מתי הופיע לראשונה(תאריך): ☐

כמה זמן נמשכה?: ☐

9. מחלות עור, פצע שאיננו מתרפא, שינויים בנקודות חן או יבלות, התקשות בשד או התקשיות

כלשהן, גידול שפיר או סרטני, רגישות לקרינת השמש?



כן ☐

לא ☐

המחלה/הפרעה: ☐

מתי הופיע לראשונה(תאריך): ☐

כמה זמן נמשכה?: ☐

10. מחלות חילוף חומרים או בלוטות, סוכרת, שומנים בדם, מחלות בלוטת המגן, או שגדון

(gout)? ☐

כן ☐

לא ☐

המחלה/הפרעה: ☐

מתי הופיע לראשונה(תאריך): ☐

כמה זמן נמשכה?: ☐

11. דלקות פרקים, ראומטיזם, ארטריטיס, מגבלות בתנועת הגפיים (ידיים ורגליים), מחלות של

עצמות? ☐

כן ☐

לא ☐

המחלה/הפרעה: ☐

מתי הופיע לראשונה(תאריך): ☐

כמה זמן נמשכה?: ☐

12. שבר (הרניה), אנמיה, הפרעות קרישה או המוליזה, פוליציטמיה, המופיליה?

כן ☐

לא ☐

המחלה/הפרעה: ☐

מתי הופיע לראשונה(תאריך): ☐

כמה זמן נמשכה?: ☐

13. מחלות גב או כאבי גב, כאבי צוואר, מוגבלות בתנועה והפעלת עמוד השדרה, הפרעות

בתנועה? ☐

כן ☐

לא ☐





- המחלה/הפרעה:
- מתי הופיע לראשונה(תאריך):
- כמה זמן נמשכה?:

14. הפרעות אחרות שמקורן במחלות אחרות שלא פורטו לעיל, או מגבלות בריאותיות אחרות?

- כן
- לא
- המחלה/הפרעה:
- מתי הופיע לראשונה(תאריך):
- כמה זמן נמשכה?:



## חלק ד: היסטוריה תעסוקתית:

פרט את מקומות העבודה בהם עבדת בעבר (מקומות תעסוקה הן כשכיר והן כעצמאי):

1.

- משנה:
- עד שנה:
- מקום העבודה (החברה):
- תפקיד:
- הערות:

2.

- משנה:
- עד שנה:
- מקום העבודה (החברה):
- תפקיד:
- הערות:

3.

- משנה:
- עד שנה:
- מקום העבודה (החברה):
- תפקיד:
- הערות:

4.

- משנה:
- עד שנה:
- מקום העבודה (החברה):
- תפקיד:
- הערות:

5.

- משנה:
- עד שנה:
- מקום העבודה (החברה):
- תפקיד:
- הערות:



## חלק ה:

הערות נוספות שברצוני לציין בנוגע למצב בריאותי וכושרי לתפקיד:

## חלק ו:

### הצהרת המועמד לעבודה(ימולא על ידי המועמד לעבודה)

אני הח"מ, המועמד לעבודה מצהיר בזה:

1. שכל תשובותיי הנ"ל הן נכונות, מדויקות ומלאות ושלא העלמתי דבר.
2. ידוע לי שעל בסיס המידע שמסרתי בטופס זה, יחליט הרופא על מידת התאמתו לעבודתי ובמקרה ותשובותיי אינן נכונות, מדויקות ומלאות או במקרה והעלמתי דבר, הריני עלול לסכן את בריאותי ו/או את בריאותם של אנשים אחרים.
3. ידוע לי שיתכן ואדרש על פי שיקול דעתו של רופא תעסוקתי, לעבור בדיקות רפואיות לבחינת מידת התאמתו הרפואית לעבודתי ואני מתחייב להתייצב לבדיקות, אם וכאשר אוזמן לבדיקות הנ"ל, במקום ובמועד שיקבע על ידכם.
4. תאריך:
5. שם מלא של החותם:
6. מספר תעודת זהות:
7. חתימת המועמד לעבודה:



## חלק ז: ויתור על סודיות רפואית

(ימולא על ידי המועמד לעבודה)

הואיל וצה"ל דורש חוות דעת רפואית על כושרי לבצע עבודתי והואיל ולצורך מתן חוות דעת זו, יתכן ויידרש לרופא התעסוקתי מידע רפואי נוסף אודותי, הנני מצהיר כדלקמן:

אני נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי, לרבות קופות החולים, רופאיהן ועובדיהן ו/או כל מוסד רפואי אחר, כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים ו/או משרד הביטחון ו/או המוסד לביטוח לאומי (להלן: "מוסרי המידע") למסור לצה"ל ו/או לרופא התעסוקתי (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי מוסרי המידע, באופן שיידרש על ידי המבקשים, על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי, לרבות אך מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, כל מידע על מום, ו/או פגיעה ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת וכל טיפול רפואי ושיקומי שקיבלתי, מועדי מתן הטיפול והאבחנות המתייחסות אלי, וכן כל מידע רפואי כאמור ו/או נוסף המתייחס אלי והאגור במאגרי המידע של מוסרי המידע, לרבות רשימת הרופאים שטיפלו בי.

אני מרשה בזה לרופא התעסוקתי למסור למעבידי ולמפקח עבודה אזורי את פירוט מצב בריאותי או הטיפול הרפואי, האם ובכלל שיש בכך צורך, עפ"י שיקול דעתו של הרופא התעסוקתי, ככל שהם מתייחסים ליכולתי, מבחינה רפואית לבצע תפקידי בעבודתי, וכן לגבי השפעת עבודתי הנוכחית או הקודמת או עבודתי בעתיד, על בריאותי.

לא יהיו לי טענות או תביעות כלשהן למוסרי המידע ו/או לצה"ל ו/או לרופאיה ו/או למי מעובדיה ו/או הפועלים מטעמה, בקשר למסירת פירוט העובדות הנ"ל או המסקנות המבוססות עליהן.

- תאריך:
- שם מלא של המועמד:
- מספר תעודת זהות:
- חתימת המועמד לעבודה: