**לכבוד**

**המנהל/ת,**

## משרד העבודה והרווחה

# בקשה להחלטה על שכר מינימום מותאם לעובד או גמול תעסוקה למועסק כמשתקם (T-1)

אני מגיש/ה בזה בקשה להחלטה על שכר מינימום מותאם או גמול תעסוקה

|  |
| --- |
| **פרטי מגיש בקשה** |
| **שם מגיש/ת הבקשה** | **תעודת זהות** |
|       |       |
| **כתובת למשלוח דואר** |
| **ישוב מגורים** | **רחוב** | **מס' בית** | **מיקוד** |
|       |       |       |       |
| **מס' טלפון** | **מס' טלפון נייד** |
|  |  |

אם הבקשה מוגשת בידי מי שאינו העובד, חובה לצרף כתב מינוי אפוטרופוס או ייפוי כוח חתום בידי העובד, לפי הנספח לטופס זה, לפי העניין.

|  |
| --- |
| **פרטי העובד או המועסק כמשתקם** |
| **שם פרטי + משפחה** | **תאריך לידה** | **תעודת זהות** |
|  |  |  |
| **כתובת למשלוח דואר** |
| **ישוב/ עיר מגורים** | **רחוב** | **מספר בית**  | **מיקוד** |
|  |  |  |  |
| **מס' טלפון** | **מס' טלפון נייד** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **פרטי אפוטרופוס (יש לצרף צו מינוי אפוטרופוס)** |
| **שם פרטי + משפחה** | **מס' טלפון** | **מס' טלפון נייד** |
|  |  |  |
| **כתובת למשלוח דואר** |
| **ישוב/ עיר מגורים** | **רחוב** | **מספר בית**  | **מיקוד** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **סוג מגבלות העובד** |
|       |

[ ]  חובה לצרף מסמכים המאמתים את סוג המוגבלות ודרגתה.

|  |
| --- |
| **פרטי העבודה** |
| **שם מקום העבודה / התעסוקה** |
|       |
| **ישוב / עיר** | **רחוב** | **מספר בית** | **מיקוד** |
|  |  |  |  |
| **שם איש קשר** | **מס' טלפון** |
|       |       |
|  **האם הכתובת שלעיל הינה הכתובת למשלוח מכתב ההחלטה למעסיק - כן [ ]  לא [ ]**  |
| **אם לא – הכתובת למשלוח מכתב ההחלטה למעסיק הינה:** |
| **העובד / המועסק כמשתקם** **[ ]  עובד כעת - תאריך תחילת ההעסקה**:       |
|  **[ ]  מיועד להתחיל את העבודה מתאריך**:       |
| **התפקיד שבו העובד / המועסק כמשתקם עובד כעת/ או מיועד להשתלב בו:** |
|       |
| **במקום העבודה/ התעסוקה הנ"ל** **[ ]  חל** **[ ]  לא חל הסכם עבודה קיבוצי****[ ]  חל** **[ ]  לא חל הסכם עבודה אחר שאינו קיבוצי**  **הקובע את שכר עבודתו/ גמול תעסוקה של העובד נושא בקשה זו.** |
| **אם חל הסכם - שכר עבודתו של העובד עם מוגבלות או גמול התעסוקה המשולם לו לפיו הוא:**       |
| **יש לציין האם תשלום השכר/ גמול תעסוקה הינו על בסיס :** [ ]  חודשי [ ]  יומי [ ]  שכר שעה |
| **האם העובד / המועסק כמשתקם מיועד להיות במעמד:** [ ]  קבוע  [ ]  זמני [ ]  אחר |
| **האם העובד / המועסק כמשתקם מיועד לעבוד במשרה:** [ ]  מלאה [ ]  חלקית |

|  |
| --- |
| ידוע לי/לעובד שאם ייקבע שיכולת העבודה שלי/של העובד פחותה ב-20 אחוזים לפחות מיכולת העבודה הרגילה באותו תפקיד, יחליט המנהל (מנכ"ל משרד העבודה והרווחה) או מי שהוא הסמיך לכך, על שיעור שכר מינימום מופחת שמותאם ליכולת העבודה שנקבעה לי/לעובד, לפי התקנות.ידוע לי/לעובד, כמו כן, כי לצורך קביעת שכר מינימום מותאם ייעשו גם פעולות אבחון הכוללות, בין היתר, תצפיות במקום העבודה, שיחות עם המעביד ולעיתים עם עמיתים לעבודה, וכן ייערכו מבחני כישורים, ככל הנדרש. |

|  |
| --- |
| **האם במקום העבודה הנוכחי עבר הפונה בעבר אבחון לקביעת שכר מינימום מותאם?** [ ]  כן [ ]  לא |
| **אם כן, מהי הסיבה לפנייה לאבחון חוזר?** |

|  |
| --- |
| **פונה אשר הגיש את הבקשה לקביעת שכר מינימום מותאם או גמול תעסוקה לפני שעברו 90 ימים מתחילת העסקתו, ההחלטה בגינו תינתן בתוך 135 ימים מיום תחילת העסקתו. על-פי נהלי המטה לשילוב אנשים עם מוגבלות בשוק העבודה, האבחון לפונה במקרה זה יתבצע רק אחרי שעברו 90 ימים (כשלושה חודשים) מתחילת ההעסקה. אם הפונה מעוניין כי האבחון יתבצע במועד מוקדם יותר, עליו לציין זאת ולפרט את הנימוקים לכך (בקשה לא מנומקת לא תאושר).** |
| **[ ]  אני מעוניין כי האבחון יתבצע בהקדם עוד לפני שיעברו 90 ימים מתחילת עבודתי וזאת מהנימוקים הבאים:*** **אישור בקשה לעריכת אבחון מוקדם נתון לשיקול דעת המנהלת ובכל מקרה, האבחון לא יתבצע לפני שעברו 30 ימים מתחילת ההעסקה**
 |

|  |
| --- |
| **פרטי גורם השמה וליווי תעסוקתי** |
| **האם העובד בגינו מבוצעת פנייה זו מלווה על ידי גורם ליווי והשמה?** [ ]  כן [ ]  לא**, אם כן:** |
| **שם הארגון/גוף הליווי** | **מס' טלפון ליצירת קשר**  |
|  |  |
| **כתובת הארגון:** | **עיר/יישוב** | **רחוב**  | **מספר** |
|  |  |  |  |
| **הפונה מעוניין / לא מעוניין במעורבות עובד ההשמה/ הליווי בתהליך האבחון במקום העבודה:** **[ ]  מעוניין [ ]  לא מעוניין**  |
| **ציין את שם עובד ההשמה / הליווי** | **מספר טלפון של עובד ההשמה / הליווי** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **גורם למשלוח מידע בדבר המלצות להתאמות בעמדת העבודה או הכשרות מקצועיות, במידה ותתקבלנה מהאבחון:** |
| **שם**  | **קשר או קרבה לפונה**  | **מס' טלפון** |
|  |  |  |
| **כתובת למשלוח דואר:** |
| **עיר/יישוב** | **רחוב** | **מספר** | **מיקוד** |
|  |  |  |  |

**פונה נכבד!! אנא ודא/י שטופס הבקשה מולא בשלמות וכן כי הוא כולל:**

* כתב ויתור על סודיות רפואית - מלא וחתום
* מסמך מגורם רשמי ומוסמך המעיד על מוגבלות העובד/המועסק כמשתקם, ודרגתה
* יפוי כוח – אם מגיש הבקשה אינו העובד עבורו מבקשים את התאמת השכר
* כתב מינוי אפוטרופוס – באם מונה לעובד
* דו"ח תפקודי

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **חתימה מגיש/ת הבקשה** | **תאריך** |

**כתב ויתור על סודיות רפואית (T-2)**

אני הח"מ \_\_\_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז.\_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_\_

נותן בזה רשות לעובד רפואי או למוסד רפואי או לקופת חולים או לצבא ההגנה לישראל או למשרד הביטחון או למשרד הבריאות או למשרד העבודה והרווחה או למוסד לביטוח לאומי, כולם יחד וכל אחד מהם לחוד (להלן – מחזיקי המידע), למסור למשרד העבודה והרווחה ולכל מי שפועל מטעמו לעניין טיפול בבקשות לקביעת שכר מינימום מותאם ו/או נותן לו שירותים בקשר לטיפול בבקשות כאמור ו/או לרופאים או מאבחנים מטעמם (להלן – המבקשים), את הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים, **על כל לקות פיסית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית שיש לי, ועל ההגבלות על תפקודי בשל לקויות אלה.**

אני משחרר בזה את מחזיקי המידע, ואת העובדים או המשרתים במסגרתם ו/או הפועלים מטעמם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למידע בדבר הלקויות וההגבלות הנזכרות לעיל, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקשים, ולא תהיה לי כלפי מחזיקי המידע או כלפי המבקשים כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **חתימה** | **תאריך** |

עד לחתימה:

הריני לאשר כי מר/גב' \_\_\_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_\_\_

חתם על כתב ויתור סודיות זה בפני ביום \_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **שם** | **ת.ז.** | **תאריך** | **חתימה** |

**טופס נלווה לטופס הבקשה להתאמת שכר מינימום (T-3)**

על מנת לבחון מהו שכר המינימום המגיע לך לפי יכולת עבודתך, יערך לך **אבחון בתוך מקום העבודה ובשעות עבודתך המקובלות**. לצורך האבחון, הנך מתבקש/ת להשיב על השאלות הבאות:

1. האם בסביבת העבודה שלך יודעים על המוגבלות שלך? (סמן/ני בעיגול)

**[ ]** כן (עבור/י לשאלה הבאה)

**[ ]** לא (עבור/י למלא את הפרטים האישיים)

1. מי במקום העבודה יודע על המוגבלות שלך?

**[ ]** כולם (המעסיק וכול שאר העובדים)

**[ ]** המעסיק בלבד

**[ ]** המעסיק והממונה הישיר שלי בלבד

**[ ]** אחר, נא פרט      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ציין/ני את שמותיהם ואת תפקידם של האנשים במקום עבודתך שיודעים על המוגבלות שלך:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם משפחה:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם פרטי:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מספר זהות:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**בקרוב יצרו עמך קשר לתאם מועד לאבחון. אם יש לך בקשות מיוחדות בנוגע להתנהלות האבחון, אנא שוחח/י על כך עם המאבחן/נת בזמן קביעת המועד לאבחון.**

**ייפוי כוח🟏**

אני החתום/מה מטה      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ת"ז      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, שנת לידה      ,

מייפה את כוחו/ה של      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ת.ז./ע"ר/ח"פ      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, לפעול בשמי בעניין בקשה לקביעת שכר מינימום מותאם (להלן – הבקשה) לפי תקנות שכר מינימום (שכר מותאם לעובד עם מוגבלות בעל יכולת עבודה מופחתת), התשס"ב-2002 (להלן – התקנות), לעבודתי אצל

     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

בתפקיד      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם פרטי ושם משפחה של העובד/ת תעודת זהות חתימה

אם מונה לעובד אפוטרופוס על-ידי בית משפט (יש לצרף גם כתב מינוי בית משפט):

     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם פרטי ושם משפחה תעודת זהות חתימה

של האפוטרופוס

🟏יש למלא רק אם הבקשה מוגשת בידי מי שאינו העובד או האפוטרופוס.

**דו"ח תפקודי (T- 4)**

תאריך:

1. **פרטים של העובד/ת בגינו/ה מוגשת הבקשה**

|  |  |
| --- | --- |
| **שם פרטי ומשפחה** | **תעודת זהות** |
|       |       |
| **האם העובד/ת נמצא/ת בקשר עם הגופים הבאים:** |
| [ ]  אגף השיקום בביטוח הלאומי [ ]  אגף השיקום במשרד הבטחון [ ]  אגף השיקום במשרד הרווחה[ ]  אגף השיקום במשרד הבריאות [ ]  לשכה לשירותים חברתיים [ ]  אגף מוגבלות שכלית התפתחותית משרד הרווחה |

**ב. השכלה: פירוט מסגרות לימודים, הכשרות ותעודות** (יש לפרט מסגרות לימודים וכל מסגרת לימודים וההכשרה נוספות, לרבות מסגרות הכשרה לתעסוקה וקורסים מקצועיים)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **שם המסגרת** | **סוג המסגרת** | **פירוט ההכשרה/תעודה** | **משך ההכשרה** |
| **השכלה** **פורמאלית** |  | [ ]  בית ספר יסודי או חטיבת ביניים[ ]  בית ספר יסודי לחינוך מיוחד[ ]  חטיבת ביניים לחינוך מיוחד[ ]  בי"ס תיכון במסלול מקצועי[ ]  בי"ס תיכון במסלול עיוני[ ]  ישיבה | [ ]  תעודת בגרות[ ] תעודה אחרתפרט: \_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **השכלה** **מעבר** **לפורמאלית** |  | [ ]  בית ספר על תיכוני[ ]  מוסד לימודים לקראת תואר אקדמי | [ ]  תעודת סיום בית ספר על תיכוני שאיננה תעודה אקדמית[ ] תואר אקדמאי |  |

 [יש לסמן X במשבצת המתאימה]

הערות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ג. רקע תעסוקתי במקומות עבודה קודמים** (יש למלא את פרטי שלושת מקומות העבודה הקודמים למקום העבודה הנוכחי בהם הועסק הפונה, לרבות יחידות מוגנות)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **מקום העבודה** | **תיאור התפקיד** | **שנת תחילת העבודה** | **שנת סיום העבודה** | **סיבת סיום העבודה** | **סוג המסגרת** |
|  |  |  |  |  | [ ]  שוק העבודה ללא ליווי [ ]  מפעל מוגן [ ]  תעסוקה נתמכת  |
|  |  |  |  |  | [ ]  שוק העבודה ללא ליווי [ ]  מפעל מוגן [ ]  תעסוקה נתמכת  |
|  |  |  |  |  | [ ]  שוק העבודה ללא ליווי [ ]  מפעל מוגן [ ]  תעסוקה נתמכת  |

הערות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ד. פרטי מקום העבודה הנוכחי**

|  |
| --- |
|  |
| **מקום עבודה** | **ימי עבודה בשבוע** | **שעות עבודה ביום** |
|  | [ ]  א' [ ]  ב' [ ]  ג' [ ]  ד' [ ]  ה' [ ]  ו' [ ]  ש'[יש לסמן X במשבצת המתאימה] |  |
| **מעבר בין תפקידים ושינויים שביצע העובד במקום העבודה הנוכחי** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**ה. מאפיינים יחודיים של עמדת העבודה, תנאי העבודה והתאמות שבוצעו**

|  |
| --- |
|  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**ו. תיאור התפקיד**

|  |
| --- |
|  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**ז. פירוט התמיכה הקיימת ומהלך התכנית התעסוקתית, כולל התייחסות לעתיד** - יש לפרט את התשומות והתמיכה הייחודיות אותן מקבל הפונה מהמעסיק וממקום העבודה, לדוגמא – גמישות בשעות, סביבה שקטה, הסברים חוזרים) וכן לפרט את התמיכה אותה מקבל הפונה מיועצי ההשמה.

בנוסף יש לתאר את התוכנית שנקבעה עם הפונה, לרבות צפי להתקדמות או לשינויים תעסוקתיים.

|  |
| --- |
|  |
| **תאריך תחילת טיפול בפונה על-ידי עובד/ת השמה** | **תאריך תחילת הטיפול בפונה בארגון** | **תדירות הטיפול כיום** |
|  |  |  |
| **פירוט:** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| ***חלקי הדו"ח הבאים לא יובאו לידיעת המאבחנת בטרם ביצוע האבחון*** |

**ח. התפקוד בעבודה** – יש לתאר את הביצוע של התפקיד הנוכחי (איכות, קצב, מידת עצמאות, ריכוז וכיוב'). כדאי להתיחס לגורמים המשפיעים עלה התפקוד המקצועי, תנודות ברמת התפקוד, נקודות חוזק וחולשה ועוד.

|  |
| --- |
|  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**ט. הערות נוספות** – ניתן לתאר נושאים נוספים הרלוונטים לאספקטים שונים של תעסוקת הפונה ולתהליך האבחון, שלא באו לידי ביטוי בסעיפים הקודמים (לדוגמא- פער משמעותי בין הדימוי העצמי של הפונה לבין תפקודו במציאות, בעיה בשמירה על גבולות תעסוקתיים או גבולות אישיים (פוטנציאל גבוה לניצול), התאמת העבודה לציפיות המוקדמות של הפונה, דגשים בהתנהלות מול המעסיק)

|  |
| --- |
|  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**י. השכר הנוכחי לפי שעה המשולם לעובד/ת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
|  |
| **שם עובד ההשמה** | **חתימה** |
|       |       |