



כ' אדר, תש"פ
16 מרץ 2020

שלום רב,

להלן הנחיות למעסיקים הפונים לקבלת היתר להוצאת עובדים המוגנים בהתאם לחוק עבודת נשים לחופשה ללא תשלום בעקבות התפשטות וירוס הקורונה-

על מעסיק המבקש להוציא עובד/ת לחל"ת ימלא את הטופס הרצי"ב -

חלק א' – פרטי המעסיק ימולא פעם אחת.

חלק ב' – נתונים על מצבת העובדים ותפקידיהם אצל המעסיק – ימולא פעם אחת

חלק ג' - טופס נתוני עובדת ימולא לכל עובדת בנפרד.

המעסיק יחתיים כל עובדת בנפרד על הטופס (ראה חלק ג' בטופס), וימסור לה העתק מהטופס במלואו - שלושת החלקים - א', ב' ג'.

בקשה ללא כל הנתונים תעכב את משך זמן הטיפול.

את הבקשה ניתן להגיש באמצעות –

- פקס מס' – 03-7347870.
 - כתובת דוא"ל – Hasdara.Woman@Economy.gov.il
 - באמצעות שליח לכתובת – דרך מנחם בגין 125 קומה 12.
- יש לוודא כי הבקשה הגיעה במס' טלפון – 03-7347916.



טופס מיוחד לבקשות היתר לפי חוק עבודת נשים

להיתר פגיעה בהיקף משרה ושכר (חופשה ללא תשלום - חל"ת)

המוגשות בעקבות הנחיות/השלכות התפשטות נגיף הקורונה

חלק א' : פרטי המעסיק – ימולא פעם אחת

פרטי המעסיק (מבקש ההיתר)			
סטטוס המעסיק:		<input type="checkbox"/> תאגיד <input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קבלן כח אדם <input type="checkbox"/> שירות ציבורי	
שם עסק/תאגיד/פרטי/שירות ציבורי:		מס מזהה (ח.פ.ע.מ.ת.ז.)	
תחום העסק		האם חבר בארגון מעסיקים?	
כתובת:		שוב:	
מס' טלפון במשרד:		מס' פקס:	
מספר טלפון נייד		מספר מועסקים בעסק	
פרטי מנהל/ת או אחראי/ת משאבי אנוש או אחראי/ת על העסקת העובד/ת			
תפקיד:		<input type="checkbox"/> מנהל/ת <input type="checkbox"/> אחראי/ת משאבי אנוש <input type="checkbox"/> אחראי/ת על העסקת העובד/ת <input type="checkbox"/> אחר (פרטי)	
שם משפחה:		שם פרטי:	
מספר זהות:		מספר זהות:	
פרטי המעסיק בפועל (חובה למלא אם קיים)			
סטטוס מעסיק בפועל:		<input type="checkbox"/> תאגיד <input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> שירות ציבורי	
שם העסק/חברה/פרטי:		מס מזהה (ח.פ.ע.מ.ת.ז.)	
כתובת:		שוב:	
מס' טלפון במשרד:		מס' פקס:	
מספר זהות:		מספר זהות:	
פרטי מנהל/ת או אחראי/ת משאבי אנוש או אחראי/ת על העסקת העובד/ת			
תפקיד:		<input type="checkbox"/> מנהל/ת <input type="checkbox"/> אחראי/ת משאבי אנוש <input type="checkbox"/> אחראי/ת על העסקת העובד/ת <input type="checkbox"/> אחר (פרטי)	
שם משפחה:		שם פרטי:	
האם הבקשה מוגשת באמצעות עורך דין? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> יש לצרף לפנייה ייפוי כח לעו"ד <input type="checkbox"/>			
פרטי עורך הדין (חובה למלא אם קיים)			
שם משפחה:		שם פרטי:	
כתובת משרד:		שוב:	
מס' טלפון במשרד:		מס' פקס:	
מספר זהות:		מספר זהות:	



חלק ב' – נתונים כלליים

ענף/ תחום עיסוק העסק/החברה -				
הנני מצהיר כי פנייתי זו מוגשת בעקבות הנחיות התקבלו לגבי תחום העיסוק של העסק		<input type="checkbox"/>		
הנחיות גורמים מוסמכים	לא התקבלו הנחיות מיוחדות	<input type="checkbox"/>		
הערות/ גורם מנחה	איסור פעילות גורף לתחום העיסוק	<input type="checkbox"/>		
	הנחיות לצמצום פעילות	<input type="checkbox"/>		
	אחר _____			
אבקש לאשר:		<input type="checkbox"/>		
יציאת העובד/ת לחופשה ללא תשלום מיום _____ ועד ליום _____				
מחלקות/תפקידים	סה"כ	מספר נשים	מספר גברים	סטטוס העסקת עובדים
				עובדים הממשיכים לעבוד ללא שינוי (לרבות הגדלת היקף משרה ו/או עבודה מהבית):
				עובדים שמשרתם צומצמה:
				עובדים ששכרם צומצם (לא כתוצאה מצמצום משרתם):
				עובדים שהוצאו לחופשה ללא תשלום:
				עובדים שפוטרו בשל התפשטות נגיף הקורונה:
				עובדים שפוטרו מסיבות אחרות מיום 1/3/2020:
				סה"כ
<input type="checkbox"/> הנני מצהיר כדלקמן בדבר פעילות העסק, נכון לתאריך _____				

_____	_____	_____
תפקיד מגיש הבקשה	מספר זהות מגיש הבקשה	שם מגיש הבקשה
_____	_____	_____
חתימת מגיש הבקשה		תאריך
		חתימת המעסיק בפועל (חובה למלא אם קיים)
_____	_____	_____
תפקיד	מספר זהות מעסיק בפועל	שם פרטי ומשפחה של המעסיק בפועל
_____	_____	_____
חתימת המעסיק בפועל		תאריך

פנייתך תטופל רק לאחר קבלת טופס הבקשה מלא על כל פרטיו, חתום על ידי המעסיק והעובדת יש לוודא קבלת הפנייה – טלפונית. ההחלטה תישלח לצדדים באמצעות דוא"ל



חלק ג' : פרטי העובדות וסיבת המוגנות ימולא לכל עובדת בנפרד

מידע כללי *	
<p><input type="checkbox"/> הריון (סעיף 3.1 לנוהל)</p> <p><input type="checkbox"/> שישים ימים לאחר היעדרות בשל מצב רפואי (סעיף 3.3 לנוהל)</p> <p><input type="checkbox"/> שישים ימים לאחר היעדרות עובד לפי סעיף 7(ג) (סעיף 3.5 לנוהל)</p> <p><input type="checkbox"/> היעדרות בגין טיפולי פוריות והגנה בגין טיפולי פוריות (סעיפים 3.7 ו-3.8 לנוהל)</p> <p><input type="checkbox"/> שישים ימים מתום חופשת הלידה (סעיף 3.2 לנוהל)</p> <p><input type="checkbox"/> חופשה ללא תשלום וכן שישים ימים לאחר החופשה ללא תשלום (סעיף 3.4 לנוהל)</p> <p><input type="checkbox"/> היעדרות ללא תשלום של עובדת מניקה וכן שישים ימים לאחר היעדרות (סעיף 3.6 לנוהל)</p> <p><input type="checkbox"/> שהייה במקלט לנשים מוכות (סעיף 3.9 לנוהל)</p>	<p>נסיבות מוגנות</p>
<p><input type="checkbox"/> הנני מצהיר כי פנייתי זו אינה קשורה באופן ישיר או עקיף למצבה של העובדת - הריון/טיפולי פוריות/ חופשת לידה (חל"ד)/ חל"ת לאחר חל"ד/ 60 ימים לאחר חל"ד / הורה מיועד/ עילה אחרת המוגנת בחוק עבודת נשים</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

פרטי העובדת/ת			
שם משפחה:		שם פרטי:	
מספר זהות:	כתובת דוא"ל (חובה):	תאריך לידה משוער (בהריון):	
תפקיד			
כתובת:	ישוב:	מיקוד:	
טל' בבית:	מס' טלפון נייד:	מס' פקס:	
מספר ימי עבודה בשבוע	מספר שעות עבודה ביום	שכר ממוצע חודשי	
שכר ממוצע שעתי	אופי העסקה	שעתי/ חודשי/ תפוקה	היקף משרה <input type="checkbox"/> מלאה/ <input type="checkbox"/> חלקי
עובדת/ת במשמרות	<input type="checkbox"/> כן/ <input type="checkbox"/> לא		

פרטי העסקה אצל המעביד

מועסקת/ת מתאריך:	עד תאריך:	תפקיד:
פרטי העסקה אצל המעסיק בפועל (אם קיים)		
מועסקת/ת מתאריך:	עד תאריך:	תפקיד:

חתימת העובדת		אישור העובדת על קבלת העתק הבקשה	
<input type="checkbox"/>	העובדת מאשרת את קבלת טופס בקשה זה להלן חתימתה:		