

להלן הנחיות בנושא העסקת בני/בנות עובדים/ות לפני גיוס:

העסקת בני/בנות גיוס אינה מותנית בתקופת הקיץ אך תלויה בתיאום עם אתרי העבודה/יחידות אזוריות. ובקרב המגורים של העובד ולא באתר העבודה או בשייכות הארגונית. בכל מקרה, לא תתאפשר העסקה בכפוף לקרובי משפחה (עפ"י נוהל העסקת קרובי משפחה).

העסקה תהיה בעבודות יעור בלבד, בצמוד לקבוצות עבודה קיימות או במשתלה.

במקרים חריגים ביותר הנובעים מאי יכולת של ילד/ה לעבוד בשטח בגין מגבלה רפואית וע"ב אישורים מתאימים, תתאפשר העסקה בפעילות התורמת בעקיפין לעבודות ביעור. אישור חריגים אלו יהיה רק בכפוף להמצאת מסמכים רפואיים מתאימים לעובדת הרווחה. האישורים ייבדקו על ידי רופא האימון של קק"ל, ההחלטה תתקבל על פי המלצתו ואישורו של מנהל חטיבת משאבי אנוש ומינהל.

להלן התהליך לפני העסקה:

1. העובד/ת (הורה) ימלא את טופס הבקשה להעסקת בן/ת לפני גיוס.
2. חובה לצרף צו גיוס, צילום מת"ז, צילום מפרטי חשבון בנק וטופס פרטיים אישיים (101) ואישור כשירות בריאות מרופא המשפחה לעבודות יעור בשטח.
3. חובה על ההורה/בנו/בתו לקרוא בעיון את תמצית ההנחיות של הממונה לבטיחות, לפעול כמתחייב בהתאם ולאשר בחתימתם את הסכמתם בנדון.
4. נערה/ה לפני גיוס ימלא ויצהיר על טופס בריאות.
5. העובד/ת ימלא הבקשה וטופס 101 ויצרף הנספחים וישלח ליחידה האזורית הקרובה למקום מגוריו.
6. מצ"ב רשימת יחידות האזוריות ומנהלניות לבירור תעסוקה ולרישום.

לפחות שבועיים לפני מועד התעסוקה המבוקש.

6. על ההורה לתאם עם נציג האזור – את אתר העבודה, מועד תחילת העבודה והסדרי הגעה ואיסוף.
7. היחידה האזורית/מנהלנית ישלים את פרטי התעסוקה ויעביר הבקשה למחלקת עובדי השדה לאישור.
6. מיד עם קבלת האישור של מחלקת עובדי שדה, רשאים להעסיק את הנערה/ה במסגרת בני גיוס עד 22 ימי"ע וללא שע"נ ברצף בלבד.
- באם נדרשת הפסקה בהעסקה, היינו פיצול, יש לתאם ולקבל אישור מהיחידה האזורית וממחלקת עובדי שדה.
7. האזור יעדכן את מחלקת עובדי השדה עם תחילת העבודה של הנערה/ה, ע"מ לפתוח אותו במערכת לשם קבלת שכר בהתאם.

בברכה

פניני עדינה

מנהלת מחלקת עובדי השדה

אגף משאבי אנוש - פס הירק

04-8470287

תאריך גיוס: _____

תאריך תחילת עבודה מבוקש: _____

אזור: _____

מחלקת עובדי שדה - אגף משאבי אנוש

ההורה עובד קק"ל - שם _____ מס' טלפון נייד _____ מס' עובד קק"ל _____

טופס בקשת עובד/ת להעסקת בן/ת לפני גיוס

שם פרטי נער/ה: _____ שם משפחה: _____

תעודת זהות: _____ מין: זכר/נקבה _____

חובה בצירוף צילום תעודת זהות

תאריך לידה: _____ שם האב: _____ מצב משפחתי: _____

תאריך עליה: _____ מארץ: _____

שם קופת החולים בה מבוטח: _____ שם הסניף: _____

כתובת: רחוב _____ מס' _____ ישוב/ עיר _____ מיקוד _____

טלפון בבית: _____ טלפון נייד: _____

פרטי חשבון: שם הבנק: _____ מס' סניף: _____ מס' חשבון: _____

חובה בצירוף דף בנק/ המחאה - על מנת לאשר מס' חשבון

בקשה להחזר נסיעות:

יש לפרט בטופס הנלווה כיצד מגיע לעבודה (אמצעי תחבורה, תעריף יומי לנסיעה בכוון אחד ואת מס' קווי התחבורה הציבורית ומה זמן הדרך מהבית לנקודת האיסוף/אתר עבודה בדקות).
 בימים שאגיע עם הסעת קק"ל - לא אבקש החזר נסיעות.

הצהרה:

יש להקיף בעיגול את התשובה הנכונה: אין לי הכנסות אחרות / יש לי הכנסות אחרות.
 אני מאשר/ת שכל הפרטים שמסרתי לעיל הינם מלאים ונכונים.
 חובה לצרף צו גיוס ואישור רפואי על כשירות לעבודה והצהרת בריאות.

תאריך מילוי השאלון: _____ חתימה הנער/ה או ההורה: _____

ימולא ע"י האזור/המרחב:

אפשרויות העסקה:

אתר עבודה _____ סוג עבודה: _____ תאריך המומלץ לתחילת עבודה: _____

חתימת מנהל אזור/מרחב: _____ תאריך: _____

ימולא ע"י אגף משאבי אנוש-מח' עובדי שדה:

תאריך: _____

מס' איזור: _____

בקשה להחזר נסיעות מהבית לעבודה
מולא ע"י העובד ביחד עם המנהלן או הממונה בשטח.

שם העובד: _____ ת"ז: _____

מס' עובד: _____ תאריך תחילת עבודה: _____ מס' אזור: _____

כתובת המגורים: _____

הצהרת העובד:

אני מצהיר בזאת שאני מגיע לעבודה ונוסע במסגרת עיסוקי באתר ק"ל :
חובה לפרט: מסלול נסיעה, קווי תחבורה, נקודות איסוף, אתרי עבודה, ק"מ, סכום בש"ח.

4	3	2	1	קודי הגעה
הסעה מאורגנת (יש לציין שם חברת הסעות, סוג הרכב, מסלול והסיבה, שעת עליה וירידה)	רכב ק"ל (יש לציין איזה סוג רכב)	תחבורה ציבורית (יש לציין מס' אוטובוס ותעריף, קודי נסיעה)	רכב פרטי (יש לציין ק"מ)	תיאור ההגעה <u>לציין האם בכוון אחד או הלך ושוב</u>
				נסיעה מהבית
				נסיעה בעבודה חייב (בלי קבלות)
				נסיעה בעבודה פטור (עם קבלות)
				<u>זמן דרך בדיקות</u> (ברכב פרטי תחבורה ציבורית) מהבית לעבודה בלבד
				<u>זמן נסיעה ממוצע בדיקות</u> ברכב ק"ל /הסעה מאורגנת במהלך היום

הריני מצהיר בזה כי הפרטים הנ"ל נכונים ומבקש לאשר לי קצובת נסיעה בהתאם לפרטים שמסרתי לעיל. כמו כן,
מתחייב להודיע על כל שינוי בכתובת המגורים, מקום העבודה או בהסדרי התחבורה. ומתחייב לעדכן בכל פעם שיחול
שינוי בתעריפי הנסיעה, במסלול הנסיעה או באופן ההגעה לעבודה.
ידוע לי שאם יתברר שקיבלתי החזר נסיעות יותר מהמגיע לי, ינוכו הסכומים לאלתר ורטרו בתשלום אחד בלבד.

חתימת הממונה הישיר/יערן ומנהל האזור על הטופס הנ"ל באים לאשר את הצהרתו ובקשתו של העובד להחזר נסיעה
ומתחייבים לדווח על כל שינוי שיחול כאמור לעיל.

תאריך: _____ שם העובד: _____ חתימת העובד: _____

תאריך: _____ חתימת היערן: _____ חתימת מנהל האזור: _____

הנדון: העסקת בני גיוס ביערות קק"ל

אנו החתומים מטה מאשרים כי אין מניעה רפואית הידועה לנו העלולה למנוע את העסקת בנינו / בנותינו בעבודות ייעור: גיזום, ניקיון, סימון שבילים, סיקול אבנים, עידור, בניית שבילים, צביעת שולחנות בשטח וכי קיבלנו לידינו את הנחיות הבטיחות ומתחייבים לפעול ולהתנהג בהתאם להנחיות אלה ולהוראות המדריכים בשטח.

אנו החתומים מטה מצהירים כי אין / יש (סמן בעיגול) לבנינו / בנותינו רגישות רפואית כלשהי, לתנאים / תרופות / בעלי חיים / עקיצות / אחר (פרט: _____).

אנו מודעים לעובדה כי כל הפרה של הנחיות הבטיחות והוראות המדריכים עלולה לגרום להפסקה מיידית של העבודה ולאי תשלום שכר.

שם הנער/ה: _____ ת"ז _____ חתימה _____

כתובת: _____

טלפון: _____ נייד: _____

שם (הורה עובד קק"ל): _____ ומס' עובד הורה _____

חתימה ההורה: _____

טלפון: _____ נייד: _____

כתובת דוא"ל – EMAIL של נער/ה _____

נא להחזיר את הטופס חתום למינהל/פקידת האזור בעת הרישום.

רשימת יחידות אזוריות לתיאום העסקת בני גיוס

אזור מרחב	כתובת לדואר	מנהלן פקידות / דיווח	קוד האזור	מזכירת אזור/אחראי מרחב	טלפון משרד	פקס משרד
<u>מרחב צפון – פס הירק</u>	ת.ד. 45 ק.חיים 26103	שרית דוד	19		04-8470388	04-8470236
גליל מרכזי – צפת	ת.ד. 1157 מיקוד 1311 צפת	איילה עזרא	12		04-6909009	04-6909010
גליל מערבי- כברי	גליל מערבי כברי ת.ד. 213	עירית עזר	13	שוש כהן	04-9950118	04-9950115
גליל תחתון- טבריה	ת.ד. 3420 מיקוד 14137 טבריה	הגר יעקב	14/18	וייאן שוקרון	04-6621502	04-6621517

<u>מרחב מרכז- אשתאול</u>	מרכז אשתאול ד.נ. שמשון 99775	יעל סיידוף			02-9905696	02-9905628
יקנעם-מנשה שרון	יקנעם המושבה	שושי לוי	34		04-9090101	04-9090100
ההר – ג' ישעיהו	גבעת ישעיהו	ענת אהרון	33	יפעת דדון	02-9969213	02-9969211
החוף – בית נחמיה	בית נחמיה	נופר כהן	31		03-9728502	03-9728514

<u>מרחב דרום- גילת</u>	ד.נ. הנגב גילת 85410	בת-שבע בטיט			08-9986110 08-9986103	08-9986120
נגב צפוני פלוגות	נגב צפוני ת.ד. 522 קרית גת	דליה אלקבץ	41	אלה בן-חיים	08-6859102	08-6859107
נגב מערבי	מרחבים	כוכבה בוקבזה	42	אושרת ניר	08-9577630	08-9577641
הר הנגב והערבה	ב"ש רחוב ההסתדרות 112	מירב כהן	43	דניאלה אלול	08-6232343 08-6998901	08-6277532
גילת	ד.נ. הנגב גילת 85410	עינב בן שמול	49/48		08-9986156	08-9986186

בן/ת עובד/ת יקרים,

הנחית ממונה בטיחות בקק"ל (הנחיה מס' 52) לילדי עובדים המועסקים בקק"ל
בבואכם לאתרי העבודה של הקרן הקיימת לישראל
יש להישמע להוראות העבודה והנחיות הבטיחות של האחראים.

הנחיות בטיחות :

1. מרבית אתרי העבודה של הקרן הקיימת נמצאים בשטחים פתוחים אשר בהם עלולים להימצא: בורות מים, בורות נטיעה, מתלולים, טרסות, דרדרת אבנים קרקע רטובה, קרקע לא יציבה, גדרות, צמחייה קוצנית, גדמי עצים, מזיקים, זוחלים, מעופפים, נפלים/ חומרי נפץ. **חלק גדול ממפגעים אלה אינו נראה לעין בשל תנאי השטח והסביבה.**
2. תנאי מזג אוויר: גשם, רוחות, תנאי שרב, חום כבד, אבק, תנאי ראות מוגבלים עלולים להשפיע על מצב הבטיחות באתרי עבודה בשטחים פתוחים.
3. במהלך העבודה והשהייה באתרי עבודה פתוחים יש להקפיד להימצא על קרקע או משטחי סלע יציבים, יש להימנע מעמידה על אבנים לא יציבות, יש להתרחק משיחים ועצים קוצניים. יש לנוע עד כמה שניתן בדרכים ובשבילים המסומנים בלבד, ובכל מקרה אין לצאת מהתחום האתר אלא ברשות האחראי בלבד.
4. אין להזיז אבנים, בולי עץ וכו' מחשש לזוחלים מזיקים.
5. אין להבעיר אש.
6. אין להשתמש בכלי עבודה לא תקינים.
7. יש להקפיד על מלאי מי שתייה ולוודא שתייה מרובה במהלך יום העבודה.
8. בעבודות בצידי כבישים ודרכים יש להיזהר מתנועת כלי רכב ולהשתמש באפוד זיהוי.
9. אין לנסוע בכלי רכב ללא מושבים ייעודיים, אין לנסוע בארגזי טנדרים.
10. יש להשתמש בכל עת בציוד המגן האישי שינופק על ידי הקק"ל.
11. בכל מקרה של גילוי מפגע/ חפץ חשוד יש להודיע מיד לסובבים ולאחראים במקום.
12. **יש להופיע בניגוד מלא:** מכנסיים וחולצה ארוכים, כובע רחב שוליים ונעליים גבוהות.
13. **נערה/ שגייע לעבודה, שלא בלבוש מתאים ו/או יתנהג בניגוד לכללים ו/או הוראות המדריך, יושעה לאלתר מאתר העבודה ולא יקבל שכר בגין יום זה.**
14. **חובה להביא לידיעת המדריך, באם ידועה רגישות רפואית כלשהיא ומסמך רפואי.**
15. **חובה להביא לידיעת המדריך על כל פציעה, נזק, עקיצה, שריטות שקרו במהלך יום העבודה או בדרך לעבודה או בחזרה לביתכם לאלתר.**

טופס הצהרת בריאות למבקש לעבוד בקק"ל בפעילויות שטח

שם ושם משפחה: _____

מספר תעודת זהות: _____

(האמור בשאלון מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות, אך הוא מיועד גם לנקבה).

חלק א: שאלון רפואי

אנא קרא את השאלות להלן בצורה יסודית וענה על כל שאלה בכנות באמצעות V במשבצת המתאימה.

- | כן | לא |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1. האם הרופא שלך אמר לך שאתה סובל ממחלת לב? | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. האם אתה חש כאבים בחזה (אנא סמן את תשובתך בכל אחת מהאפשרויות המפורטות מטה)-
(א) בזמן מנוחה?
(ב) במהלך פעילויות שיגרה ביום-יום?
(ג) בזמן שאתה מבצע פעילות גופנית? | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. האם במהלך השנה החולפת (אנא סמן את תשובתך בכל אחת מהאפשרויות המפורטות מטה)-
(א) איבדת שיווי משקל עקב סחרחורת? סמן לא- אם הסחרחורת נבעה מנשימת יתר (כולל במהלך פעילות גופנית נמרצת).
(ב) איבדת את הכרתך? | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. האם רופא אבחן שאתה סובל ממחלת האסתמה ולכן בשלושת החודשים האחרונים (אנא סמן את תשובתך בכל אחת מהאפשרויות המפורטות מטה)-
(א) נזקקת לטיפול תרופתי?
(ב) סבלת מקוצר נשימה או ציפצופים? | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. האם אחד מבני משפחתך מדרגת קרבה ראשונה נפטר (אנא סמן את תשובתך בכל אחת מהאפשרויות המפורטות מטה)--
(א) ממחלת לב?
(ב) ממוות פתאומי בגיל מוקדם? (לפני גיל 55 אם מדובר בגבר, ולפני גיל 65 אם זו אישה) | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. האם הרופא שלך אמר לך 5-5- השנים האחרונות לבצע פעילות גופנית רק תחת השגחה רפואית? | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. האם הינך סובל ממחלה קבועה (כרונית), שאינה נזכרת בשאלות לעיל ועשויה למנוע או להגביל אותך בביצוע פעילות גופנית? | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. לנשים בהריון-: האם ההריון הזה או כל הריון קודם הוגדר הריון בסיכון? | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

חלק ב': הנחיות

1. אם סימנת כן באחת השאלות שבחלק א' בטופס זה- לצורך קבלתך לעבודה בקק"ל, עליך להמציא אישור מרופא המשפחה לכשירותך לעבוד בעבודות קק"ל לאחר שעברת בדיקות לב- א.ק.ג, לב מאמץ-ארגומטריה ובדיקות ספירומטריה
2. אם ענית לא לכל השאלות שבחלק א' בטופס זה- מלא את ההצהרה שבחלק ג' לטופס זה וחתם עליה וחובה לצרף אישור כשירות מהרופא המשפחה שאתה כשיר לעבוד בכל עבודות קק"ל שצוינו בהפניה.
3. בכל מקרה וחל שינוי במצבך הרפואי, יש להתייעץ עם רופא לגבי המשך עבודתך בעבודות קק"ל ואת חוות דעת הרופא חובה להעביר לממונה הישיר לאלתך.
4. חשוב לציין, שטופס הצהרת בריאות ואישור כשירות מרופא המשפחה הוא תנאי לקבלתך לעבודה בקק"ל.

חלק ג': הצהרה.

אני, החתום מטה, מצהיר כי קראתי והבנתי את כל השאלון הרפואי שבחלק א' לטופס זה ומילאתי אותו בעצמי. יש לציין

הקריאו לי את השאלון וסימנתי בעבורי את התשובות לאחר שהסבירו ופירוטו והבנתי את השאלות ואישרתי, יש לציין את שם הממונה פרטים מלאים

אני מצהיר כי מסרתי ידיעות מלאות ונכונות אודות מצבי הרפואי בעבר ובהווה לפי השאלות שנשאלתי בשאלון האמור. ידוע לי כי לאחר שנה מיום חתימתי על הצהרת בריאות זו, אדרש להמציא הצהרת בריאות חדשה ואישור מרופא המשפחה.

שם ושם משפחה: _____ ת"ז _____

תאריך: _____ חתימה: _____