

טופס הצהרת עובד/ת על מוגבלות

מילוי טופס זה נתון לשיקול דעתך הבלעדי ואינך חייב לענות על השאלות, כולן או חלקן.

המידע יישמר בקק"ל, תוך הקפדה על צנעת הפרט ובסודיות מוחלטת ויועבר אך ורק לגורמים שמתוקף תפקידם נדרשים למידע זה.

לידיעתך, אדם עם מוגבלות זכאי לקבל התאמות אשר יאפשרו לו למלא את תפקידו. ניתן לבקש התאמות אלה בשלבי המכרז, בשלבי ההכשרה לתפקיד, וכן במסגרת עבודתו השוטפת. לשם כך, עליו להצהיר על היותו אדם עם מוגבלות.

לזכויות נוספות, ניתן לעיין ב"נוהל מס' 02.02.50 - העסקת עובדים עם מוגבלות" המופיע בנוהלי קק"ל בפורטל הארגוני, בפרק "משאבי אנוש" תחת נושא "קליטה וטיפול בעובדים".

1. האם יש לך מוגבלות כלשהי, בהתאם להגדרה להלן? כן / לא

הגדרת אדם עם מוגבלות (עפ"י חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח, 1998):
"אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית, לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, המשפיעה על התפקוד ומגבילה אותו באופן מהותי באחד או יותר מתחומי החיים העיקריים".

2. אם כן, האם המוגבלות שלך היא:

א. קבועה / זמנית

ב. מוכרת על ידי המוסד לביטוח לאומי/משרד הבריאות/משרד הביטחון (אם כן, הקף/י בעיגול)

ג. סוג המוגבלות _____

ד. האם נקבעו לך אחוזי נכות ע"י המוסד לביטוח לאומי /משרד הבריאות /משרד הביטחון? כן / לא

אם כן, כמה אחוזי נכות _____

ה. האם עברת שיקום מקצועי? כן / לא

ו. האם את/ה נכה/ת צה"ל? כן / לא

3. האם נדרשת לך התאמה כלשהי על מנת לבצע את תפקידך? כן / לא

להלן הגדרת "התאמה":

"שינוי, תוספת, אביזר או שירות הנדרשים עבור עובד עם מוגבלות מעבר לנדרש לעמיתו ללא מוגבלות, לשם השתלבותו המקצועית ולשם תפקוד יום יומי במקום העבודה ככל העובדים".

בכל שאלה ובקשה ניתן לפנות לממונה על העסקת עובדים עם מוגבלות – תמר סולומון ממשאבי אנוש במייל tamars@kkl.org.il או בהודעות לנייד 050-7913206.

שם העובד/ת _____ ת.ז. _____

תאריך _____ חתימה _____

טופס בקשה להתאמות במקום העבודה

לכבוד

ממונה תעסוקת עובדים עם מוגבלויות

בהתאם לצו ההרחבה בנושא העסקת עובדים עם מוגבלויות, אני מגישה/בקשה להשתתפות קק"ל בעלות התאמה.

חלק א' – פרטי העובד/ת
1.

שם העובד/ת עבור/ה מיועדת ההתאמה		מס' עובד/ת	ת.ז.	יחידה
תפקיד (חובה לציין)		אתר עבודה	תאריך תחילת עבודה בקק"ל	טלפון (סלולרי)

חלק ב' - פרטים לגבי המוגבלות של העובד/ת

סוג המוגבלות: פיסית ראייה שמיעה נפשית שכלית אחר _____
(יש לסמן X במשבצת הנכונה).

יש לצרף מסמכים המאמתים את סוג המוגבלות ודרגתה, אם מצויים ברשותך.

הנך מוכר/ת כאדם עם מוגבלות ע"י גוף ציבורי כלשהו

לא כן

משרד הביטחון ביטוח לאומי משרד הרווחה משרד הבריאות אחר _____
(יש לסמן X במשבצת הנכונה).

חלק ג' – פרטי ההתאמה המבוקשת

בקשה להתאמה עתידית בקשה להתאמה שבוצעה (יש לסמן X במשבצת הנכונה).

נא לפרט מהי ההתאמה המבוקשת. ומדוע התאמה זו דרושה לשם שילובך בעבודה, בהתחשב במוגבלות ובעיסוק שלך (ניתן לפרט במכתב נלווה):

באם יש בידיך נתונים מפורטים על ההתאמה הנדרשת, נא לצרף אותם.

סך עלות ההתאמה המבוקשת (בשקלים חדשים): _____ ₪

יש לצרף הצעות מחיר או אסמכתאות אחרות. אם ההתאמה כבר נרכשה/נשכרה יש לצרף קבלות ולציין תאריך הרכישה/השכירות.



ההתאמה חדשה או החלפה שכלול שדרוג - של ההתאמה קיימת.

במקרה של החלפה/שכלול/שדרוג – נא לפרט את הסיבה:

(יש לציין מדוע ההתאמה הקיימת אינה עונה לצרכי השילוב בעבודה, אם ההתאמה הקיימת חדלה לשמש אותך כראוי כעובד עם מוגבלות, יש לציין זאת ולציין אם היא ניתנת לתיקון ואת עלותו).

האם קיבלת מק"ל השתתפות קודמת בהתאמה? לא אושרה בהיקף של _____ ש. בתאריך: _____

אני מצהיר/ה כי בנוגע להתאמה המבוקשת:

לא קיבלתי השתתפות במימון מגוף ציבורי אחר.

קיבלתי השתתפות במימון מגוף ציבורי אחר: שם הגורם: _____ סך: _____ ש.

אני מתחייב/ת שאם אקבל השתתפות כאמור בעתיד אודיע על כך מיד לאחראי על תעסוקת עובדים עם מוגבלויות.

אני מצהיר ומאשר כי אני יודע שיתכן שאישור הבקשה יהיה מותנה בתנאים ואני מתחייב להמציא כל מסמך שיידרש לכך.

הריני מצהיר/ה שכל הנתונים שמסרתי נכונים.

תאריך _____ חתימת העובד/ת _____

חלק ד' – המלצת הממונה על תעסוקת עובדים עם מוגבלויות:

תאריך _____ שם הממונה _____ חתימה _____

חלק ה' – החלטת מנהל/ת חטיבת משאבי אנוש ומינהל:

הריני מאשר/ת לא מאשר/ת את הבקשה למימון ההתאמה המבוקשת.

בסך: _____ ש.

תאריך _____ שם המנהל/ת _____ חתימה _____