

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מספר תיק :

--

מחוז שיקום :

**תצהיר הזכאי**  
**שתעסוקתו הרגילה בעסק עצמאי**

אני הח"מ :

שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות																
מען – עיר	רחוב	בית	דירה	מיקוד				טלפון												

מצהיר בזאת כדלקמן :

- הנני זכאי לתגמולים על ביטול ימי עבודה עקב הזדקקותי לטיפול רפואי לתקופה מתאריך \_\_\_\_\_ ועד לתאריך \_\_\_\_\_ הכל לפי אישור הרופא.
- (מתייחס לנכה המובטל יום עבודה מלא)  
מאחר שעבודתי הרגילה הינה בתעסוקה עצמית כמפורט להלן :  
שם העסק : \_\_\_\_\_  
מהות המפעל/העסק : \_\_\_\_\_  
כתובת המפעל/העסק : \_\_\_\_\_ מס' הפועלים המועסקים : \_\_\_\_\_  
האם המפעל נסגר לתקופה שעבורה נדרש התשלום כן/לא.
- הריני מצהיר בזאת, כי עקב ביטול ימי עבודה בתקופה הנזכרת בסעיף 1 דלעיל, לא הפקתי מתעסוקתי העצמית בכל יום ביטול מעבודה, הכנסה העולה כדי החלק השלושים של הכנסתי הרגילה.
- הריני מצהיר בזאת, כי עקב הביטול החלקי מימי עבודתי בתקופה הנזכרת בסעיף 1 דלעיל, פחתה הכנסתי כדלקמן :  
בסכום של \_\_\_\_\_ ליום תעסוקה עצמית מלאה.  
בסכום של \_\_\_\_\_ ליום תעסוקה עצמית חלקית של \_\_\_\_\_ שעות.
- הריני מצהיר בזאת, כי סכומי ההכנסה הנקובים בסעיפים 2-3 דלעיל, מתבססים על הצהרתי לשלטונות מס הכנסה לשנת השומה **שחלפה** (מצ"ב אישור מאת שלטונות מס הכנסה).
- הריני מצהיר בזאת, כי ידוע לי שבמידה ושיעור הכנסותי לשנת השומה הנוכחית יהיו פחותים מהנקובים הסעיף 4 דלעיל, אהיה זכאי להשלמת התשלום ששולם לי על פי תקנות טיפול רפואי, באם אמציא אישור המאשר זאת מאת שלטונות מס הכנסה. ידוע לי שבמידה ושיעור הכנסותי לשנת השומה הנוכחית יהיו גדולים מהנקובים הסעיף 4 דלעיל, ינוכה מתגמולי הסכום העודף שקבלתי על פי תקנות טיפול רפואי, הכל לפי חישוב נפרד.
- תצהיר זה ניתן בתמיכה לבקשתי לקבלת תגמול על פי תקנות טיפול רפואי על ביטול ימי עבודה.

חתימת המצהיר/הזכאי \_\_\_\_\_

היום הופיע בפני \_\_\_\_\_

שופט בימ"ש/רשם/עו"ד במשרדי \_\_\_\_\_

גב/מר \_\_\_\_\_ אשר זיהיתיו לפי ת.ז. מס' \_\_\_\_\_

ולאחר שהזהרתי כי עליו להצהיר ולומר את האמת וכי אם לא יעשה כן יהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק איש בפני את אמינות הצהרתו הנ"ל, חתם עליה בנוכחותי.

שופט/רשם/עו"ד במשרדי \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_