



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 הרצ"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.
 - 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?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט:
כתובת:	ישוב:	מיקוד:	
מס' טלפון במשרד:	מס' פקס:	דוא"ל (חובה):	
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:	

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:		ישוב:	מיקוד:
מס' טלפון במשרד:	מס' פקס:	דוא"ל:	
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:	
האם הבקשה מוגשת באמצעות עורך דין? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> יש לצרף לפנייה ייפוי כח לעו"ד			

פרטי עורך הדין (חובה למלא אם קיים)			
שם משפחה:			שם פרטי:
כתובת משרד:		ישוב:	מיקוד:
מס' טלפון במשרד:	מס' פקס:	דוא"ל:	



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"/> לא התקבלו הנחיות מיוחדות <input type="checkbox"/> איסור פעילות גורף לתחום העיסוק <input type="checkbox"/> הנחיות לצמצום פעילות 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

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

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 *	
<input type="checkbox"/> הריון (סעיף 3.1 לנוהל) <input type="checkbox"/> שישים ימים לאחר היעדרות בשל מצב רפואי (סעיף 3.3 לנוהל) <input type="checkbox"/> שישים ימים לאחר היעדרות עובד לפי סעיף 7(ג) (סעיף 3.5 לנוהל) <input type="checkbox"/> היעדרות בגין טיפולי פוריות והגנה בגין טיפולי פוריות (סעיפים 3.7 ו-3.8 לנוהל)	<input type="checkbox"/> שישים ימים מתום חופשת הלידה (סעיף 3.2 לנוהל) <input type="checkbox"/> חופשה ללא תשלום וכן שישים ימים לאחר החופשה ללא תשלום (סעיף 3.4 לנוהל) <input type="checkbox"/> היעדרות ללא תשלום של עובדת מניקה וכן שישים ימים לאחר היעדרות (סעיף 3.6 לנוהל) <input type="checkbox"/> שהייה במקלט לנשים מוכות (סעיף 3.9 לנוהל)
<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 המוגנות בחוק עבודת נשים	

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: