

בקשה לחופשה ללא תשלום (חל"ת)

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	היחידה
התפקיד	מועד תחילת העבודה	מספר טלפון בעבודה	
כתובת בעת החופשה	מספר טלפון	מטרת החופשה	

תקופת החופשה המבוקשת: מיום _____ עד יום _____

אני מבקש/ת לאשר לי חופשה ללא תשלום לתקופה ולמטרה המפורטת מעלה.

הסדר תשלומים לשמירת זכויות

הובא לידיעתך, כדלקמן:

1. דמי ביטוח לאומי

בהתאם לחוק, חלה על העובד השוהה בחופשה ללא תשלום, חובת תשלום דמי ביטוח לאומי, באמצעות המעביד, עבור שני החודשים הראשונים והמלאים של החופשה. עבור יתרת תקופת החופשה, על העובד להסדיר את חובותיו ישירות במוסד לביטוח לאומי.

עובד המועסק בתקופת החופשה על ידי מעביד אחר, או אם הינו עובד עצמאי או השוהה במושב או קיבוץ, פטור מחובת תשלום זו.

בהתאם לאמור לעיל, הנני מצהיר/ה כדלקמן:

בתקופת החופשה אהיה עובד/ת שכיר/עצמאי/אשהה במושב או קיבוץ.

בתקופת החופשה לא אעבוד כלל.

הנני מתחייב/ת להודיע אם יחול שינוי באמור לעיל.

2. ביטוח חיים ריזיקו

עובד הושהה בחופשה ללא תשלום, רשאי להמשיך ולהיכלל בתכנית ביטוח ריזיקו של העובדים במוסד.

במקרה שהעובד בחר בכך, עליו לשלם מראש, עבור תקופת החופשה, את דמי הפרמיה כולל חלקו של המעביד, שהינו סכום מקביל לתשלום של העובד.

בהתאם לאמור לעיל, אני מצהיר/ה כדלקמן:

אני בוחר/ת להכלל בתכנית ביטוח חיים ריזיקו בתקופת החל"ת.

אינני מעוניין/ת להכלל בתכנית ביטוח חיים ריזיקו בתקופת החל"ת.

אני מתחייב/ת לשוב מיד בתום החופשה שאושרה לי. ברור לי כי אם לא אחזור לעבודתי כאמור לעיל, אחשב כמתפטר/ת מעבודתי במוסד, עם כל המשתמע מכך.

ברורים לי סדרי התשלומים לשמירת זכויות, כפי שפורטו מעלה, והנני מבקש/ת לפעול בהתאם להצהרותי בנדון.

_____ : חתימה

_____ : תאריך