

## Приложение А

## Description and Special needs of the PWD

## To be completed by Employer or Employer's Representative

## תיאור האדם בעל המוגבלות וצרכיו המיוחדים

## על המעסיק או נציגו למלא טופס זה

## Описание лица с инвалидностью и его особых потребностей

## Работодатель или его представитель должны заполнить эту форму

Instructions: Mark (x) in each appropriate box and clearly fill in blanks as necessary:

הוראות: נא לציין (X) בכל תיבה מתאימה ולמלא את החסר בכתב ברור במקומות המתאימים:

Инструкции: Пожалуйста, отметьте (X) в каждой соответствующей ячейке и четко заполните пропуски в соответствующих местах:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                |                                                                                                                                                |                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Full Name of PWD: _____<br>שמו המלא של האדם בעל המוגבלות:<br>ФИО лица с инвалидностью:                                                                                                                                                                                                       |                                                                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                |                                                                                                                                                |                                                                                                                              |
| Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female<br>מגדר: <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה<br>Пол: Мужской Женский                                                                                                                            |                                                                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                |                                                                                                                                                |                                                                                                                              |
| Age: _____<br>גיל:<br>Возраст:                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                |                                                                                                                                                |                                                                                                                              |
| Height: _____<br>גובה:<br>Рост:                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                |                                                                                                                                                |                                                                                                                              |
| Weight: _____<br>משקל:<br>Вес:                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                |                                                                                                                                                |                                                                                                                              |
| smoker: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO<br>מעשן: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא<br>Курильщик: Да Нет                                                                                                                                       |                                                                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                |                                                                                                                                                |                                                                                                                              |
| Area : <input type="checkbox"/> Tel Aviv (1) <input type="checkbox"/> Central (2) <input type="checkbox"/> Periphery (3)<br>אזור <input type="checkbox"/> תל אביב (1) <input type="checkbox"/> מרכז (2) <input type="checkbox"/> פריפריה (3)<br>Регион Тель Авив (1) Центр (2) Периферия (3) |                                                                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                |                                                                                                                                                |                                                                                                                              |
| Name of Town/ City: _____<br>שם הישוב:<br>Название населенного пункта:                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                |                                                                                                                                                |                                                                                                                              |
| Type of Residence:                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Free<br>סוג המגורים<br>Тип жилья:                       | <input type="checkbox"/> Apartment<br>דירה<br>Квартира                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Apartment<br>in Kibbutz<br>דירה בקיבוץ<br>Квартира в<br>киббуце       | <input type="checkbox"/> Apartment in<br>Sheltered Living<br>Complex<br>דירה במוסד לדיור מוגן<br>Квартира в доме<br>престарелых                | <input type="checkbox"/> Other<br>(describe) _____<br>אחר (נא לתאר)<br>Другое (опишите)                                      |
| Accommodations<br>of the<br>Caregiver/worker<br>מגורי העובד<br>הזר/מטפל<br>Условия<br>проживания для<br>иностранного<br>работника/<br>сиделки                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Private<br>Room<br>חדר פרטי<br>Отдельн<br>ая<br>комната | <input type="checkbox"/> Rooming<br>with tha PWD<br>מתגורר באותו<br>חדר עם האדם<br>בעל המוגבלות<br>Проживание<br>в одной<br>комнате с<br>лицом с<br>инвалидност<br>ью | <input type="checkbox"/> Rooming in<br>living room<br>מתגורר בסלון<br>Проживание<br>в гостиной | <input type="checkbox"/> Rooming in Loft or<br>Closed Balcony<br>מתגורר בעליית גג או<br>במרפסת סגורה<br>Проживание в<br>мансарде или<br>лоджии | <input type="checkbox"/> Other,specify _____<br>_____<br>Describe _____<br>אחר, נא לפרט/לתאר<br>Другое, опишите<br>подробнее |
| Other persons living in<br>the home of the PWD:                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                  | <input type="checkbox"/> Spouse<br>בן/בת זוג                                                                                                                          | Children, number _____<br>Ages _____ Gender _____                                              |                                                                                                                                                | Other, specify _____<br>Number _____ Ages _____                                                                              |

|                                                                                                                             |                                                                                           |                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>אנשים אחרים המתגוררים בביתו של האדם בעל המוגבלות</b><br/> <b>Другие лица, проживающие с лицом с инвалидностью</b></p> | <p><b>ילדים, מספרם, המגדר, הגילאים שלהם</b><br/> <b>Дети, их кол-во, пол, возраст</b></p> | <p><b>Gender</b> _____<br/>         אחר, נא לפרט, מספרם, המגדר, הגילאים שלהם<br/> <b>Другие – напишите кто это, их количество, пол, возраст</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

  

**Languages of PWD: (please circle the languages understood by the PWD and add any additional languages):**  
**Hebrew** \_\_\_ **Arabic** \_\_\_ **Russian** \_\_\_ **English** \_\_\_ **Other** : \_\_\_\_\_  
 שפות האדם עם המוגבלות (נא לסמן השפות להלן שהמטופל מבין ותוסיפו שפות נוספות אם ישנן) עברית, ערבית, רוסית, אנגלית, אחר: \_\_\_\_\_  
**Разговорные языки лица с инвалидностью: (пожалуйста, обведите языки, которые понимает лицо с инвалидностью, и добавьте любые дополнительные языки):** **Иврит** \_\_\_ **Арабский** \_\_\_ **Русский** \_\_\_ **Английский** \_\_\_ **Другое:** \_\_\_\_\_

  

**Special duties of Caregiver/ worker: (per Section 4 of the SEC)**  
**חובותיו המיוחדות של העובד הזר/מטפל: (לפי סעיף 4 לחוקה ההעסקה)**  
**Особые обязанности иностранного работника/сиделки: (согласно п. 4 трудового договора)**

☐ Care of dog/s, Cat/s, Bird/s, other, \_\_\_\_\_  
 טיפול בכלב/ים, בחתולים, בציפורים, באחר  
 Уход за собакой/ми, котом /ми, птицей/ми, др.

Number \_\_\_\_\_  
 מספרם  
 Кол-во

☐ Driving duties  
 חובות נהיגה  
 Водительские обязанности
 ☐ Others, specify \_\_\_\_\_  
 אחר, נא לפרט  
 Другое, подробнее
 

Describe in Detail:  
 נא לפרט:  
 Опишите подробнее:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

  

If the PWD needs special supervision, circle the relevant reason/s:  
 אם האדם בעל המוגבלות זקוק להשגחה מיוחדת, נא להקיף בעיגול את הסיבה/ות:  
 Если лицо с инвалидностью нуждается в особом присмотре, обведите, пожалуйста, причину (причины):  
 Dementia / Alzheimer's disease, mental illness,  
 שיטיון (דמנציה) / מחלת אלצהיימר, מחלת נפש,  
 Деменция/ болезнь Альцгеймера, психические заболевания,  
 Other: \_\_\_\_\_  
 אחר:  
 Другое: \_\_\_\_\_

  

The PWD is ☐ bedbound / ☐ uses a wheelchair/ ☐ uses a cane/ ☐ uses a walker/ ☐ walking without need of above  
 המטופל מרותק למיטה/מתנייד בכסא גלגלים/מסתייע במקל הליכה או הליכון/לא מסתייע לצורך ניד  
 Пациент прикован к постели / передвигается в инвалидной коляске / пользуется тростью или ходунками / не нуждается в помощи при передвижении

  

Explain in detail any other type of special needs or circumstances of the PWD (such as, diapers, bedridden, Breathing Apparatus, paralyzed, lifting with/without lifting aids etc.), Add additional pages or relevant medical documents/photographs if necessary. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

  

הסבירו בפירוט כל סוג אחר של צרכים או נסיבות מיוחדות של המטופל (כגון חיתולים, מכשיר נשימה, ריתוק למיטה, שיתוק, הרמה עם/בלי עזרי הרמה וכו') הוסיפו מסמכים / צילומים רפואיים רלוונטיים במידת הצורך  
 Подробно опишите любые другие особые потребности или обстоятельства лица, нуждающегося в уходе (например, подгузники, дыхательный аппарат, лежачий больной, паралич, подъем с/ без подъемных приспособлений и т. д.). При необходимости добавьте соответствующие медицинские документы/ фотографии.

note that the PWD's medical condition may vary.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>יש לשים לב כי מצבו הרפואי של המטופל יכול להשתנות<br/>         Следует отметить, что состояние здоровья лица, нуждающегося в уходе, может варьироваться.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p>The insurance company through which the employee will be insured with health insurance<br/>         חברת הביטוח דרכו העובד יבוטח בביטוח רפואי<br/>         Страховая компания, через которую работник будет застрахован медицинской страховкой</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Harel<br/>הראל<br/>Харель             </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Menora<br/>מנורה<br/>Менора             </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Ayalon<br/>איילון<br/>Аялон             </div> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p>The address of the place where the employee will be in isolation</p> <hr/> <p>כתובת מקום הבידוד בו ישהה העובד<br/>         Адрес места спмоизоляции, где будет находиться работник</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p>Phone number of a contact for inquiries about the isolation _____<br/>         מספר טלפון של איש קשר לטובת מקום הבידוד<br/>         Контактный телефон места самоизоляции</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p>Signature of Employer</p> <hr/> <p>חתימת המעסיק<br/>Подпись работника</p><br><p>Date of signature</p> <hr/> <p>תאריך החתימה<br/>Дата подписи</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>Signature of Caregiver/worker</p> <hr/> <p>חתימת העובד הזר/ מטפל<br/>Подпись иностранного работника/ сиделки</p><br><p>Date of signature</p> <hr/> <p>תאריך החתימה<br/>Дата подписи</p><br><p>Workers phone number that will be useful during landing in Israel</p> <hr/> <p>מספר הטלפון של העובד להתקשרות בזמן הנחיתה<br/>         Номер телефона работника для, того чтобы с ним связаться при посадке</p> | <p><b>I confirm that all the information above is accurate.</b><br/> <b>Подтверждаю, что вся информация выше верна.</b></p> <p>Signature of responsible Social Worker</p> <hr/> <p>חתימה וחותמת העו"ס האחראית<br/>         Подпись и печать ответственного социального работника</p><br><p>Date of signature</p> <hr/> <p>תאריך החתימה<br/>Дата подписания</p><br><p>name of private agency</p> <hr/> <p>שם הלשכה הפרטית (באנגלית)<br/> <b>Название частного агентства (на английском языке)</b></p><br><p>Telephone No. of the private agency that will be useful during landing in Israel</p> <hr/> <p>מספר טלפון של הלשכה הפרטית<br/>         Номер телефона частного агентства</p> |