



משרד הרווחה



מדינת ישראל

משרד הרווחה והשירותים החברתיים

האגף למשאבי קהילה

תחום התנדבות

טופס הפניה למתנדב/ת

הרינו מאשרים בזאת כי המתנדב/ת:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

ת.ז.: _____ כתובת: _____

טלפון: _____ נייד: _____

מסגרת ארגונית אליו שייך המתנדב/ת:

התנדב/ה לעבוד בתחום: _____

למען(הגוף או האדם שלמענו נעשית הפעולה ומקום הפעולה): _____

החל מתאריך: _____ לתקופה של: _____

הפניה זו ניתנה לעניין פרק י"ג "תגמולים למתנדבים" לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) התשנ"ה-1995 (פרק ט' לחוק בנוסחו הקודם), שלפיו מבוטחים מתנדבים מן הסוג הנ"ל בדומה לביטוח החל על נפגעי עבודה.

משרד הרווחה והשירותים החברתיים
תחום התנדבות
יוקב נזרע
ראש ענף ביטוח מתנדבים

שם וחתימה נותן ההפניה _____ ראש ענף ביטוח מתנדבים _____ תאריך _____

*תקופה של ההפניה הוא למשך שנה אחת בלבד

העתקים: למתנדב ולגוף המפנה