הצהרה על קבלת משכורת ותנאים סוציאליים
Salary & Social Benefits Approval

שנה/Year_____

Empolyer's Name	_____	שם המעסיק
Caregiver's Name	_____	שם העובד
Passport	_____	דרכון
Employment's Period	_____	תקופת העסקה

	משכורת Salary	סכום השלמת המעסיק Employer's Fee	דמי כיס Allowance	יום מנוחה שבועי Weekend	חגים Holidays	חופשה Vacation	הבראה Recuperation	תאריך Date	חתימת המטפל/ת Caregiver's Signature
ינואר January									
פברואר February									
מרץ March									
אפריל April									
מאי May									
יוני June									
יולי July									
אוגוסט August									
ספטמבר September									
אוקטובר October									
נובמבר November									
דצמבר December									