

הצהרה על קבלת משכורת ותנאים סוציאליים
Salary & Social Benefits Approval

Employer's Name _____

שם המעסיק

Caregiver's Name _____

שם העובד

Passport _____

דרכון

Employment's Period _____

תקופת העסקה

	משכורת Salary	סכום השלמת המעסיק Employer's fee	תאריך Date	חופשה Vacation	חגים Holidays	דמי כיס Allowance	חתימת המעסיק Employer's Signature	חתימת המטפל 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								