



אוניברסיטת בן גוריון בנגב
אגף משאבי אנוש
מחלקת סגל אקדמי
מדור סגל אקדמי זוטר

טופס גיוס לדוקטורנטים

לנוחיותך, מצ"ב ריכוז הפרטים הדרושים לנו לשם תשלום שכרך.
לפני העברת הערכה למחלקה המעסיקה, אנא וודא/י שכל הר"מ צורף על ידך.

נא לצרף:

1. צילום תעודת זהות כולל ספח פתוח
2. אישור זכאות לתואר ראשון/שני
3. אישור על שירות צבאי

נא למלא:

1. שאלון אישי
2. הדרכת בטיחות
3. טופס אישור קבלת הודעות בדוא"ל
4. טופס הסכמה לקבלת תלוש שכר באמצעים אלקטרוניים
5. טופס מס הכנסה (101)
6. טופס הצטרפות לביטוח חיים
7. הנחיות הצטרפות לקרן פנסיה
8. הסכם סעיף 14
9. הנחיות הצטרפות לקרן השתלמות
10. טופס קצובת נסיעה לגרים מחוץ לבאר-שבע

****לדפי המידע בנוגע לזכויותיך בסגל האקדמי הזוטר לחץ כאן**

להלן שעות קבלת הקהל באגף משאבי אנוש
מחלקת סגל אקדמי
מדור סגל אקדמי זוטר

בימים א' – ה' בין השעות: 08:30-12:00

בין ה- 20-25 לכל חודש אין קבלת קהל
משרדנו נמצא בבניין 71 – "מנהלה וסנאט"
בקומה מספר 1, חדר מספר 141.



אוניברסיטת בן גוריון בנגב
מחלקת משאבי אנוש

שאלון אישי
לעובד חדש
בסגל אקדמי

הנחיות למילוי הטופס:
א. נא להקפיד על מילוי כל הפרטים
בטופס בכתב יד קריא
ב. נא להשתמש בעט

200

1. פרטים אישיים

| מס' ת"ז / דרכון | שם משפחה | שם פרטי | שם האב | תאריך לידה |
|-----------------|----------|---------|--------|------------|
| | | | | |
| באותיות לטיניות | | | | |

| |
|------------|
| מגדר |
| זכר / נקבה |

הבנק באמצעותו הנני מבקש/ת לקבל את המשכורת

| שם הבנק | סמל בנק | שם הסניף | סמל סניף | מספר חשבון |
|---------|---------|----------|----------|------------|
| | | | | |

554

2. אזרחות

| ארץ לידה | ארץ עליה |
|----------|----------|
| | |

218

3. כתובת וטלפון

| ישוב / עיר | רחוב ומס' בית | מיקוד | טלפון בבית | טלפון נייד | דוא"ל |
|------------|---------------|-------|------------|------------|-------|
| | | | | | |

205

4. מצב משפחתי ומעמד בארץ

| מתאריך | מעמד בארץ |
|--------|--------------------------------------------------------------|
| | 1 תושב 2 תושב חוץ 3 תושב ארעי 4 תושב חוזר 5 עולה |

| | |
|-----------|-----------|
| 1 רווק/ה | 3 גרוש/ה |
| 2 נשוי/אה | 4 אלמן/נה |

219

5. פרטי בן/בת הזוג

| מס' ת.ז. | תאריך לידה | שם | מגדר |
|----------|------------|----|------------|
| | | | זכר / נקבה |

| שם המעביד | עבודת בן/בת זוג |
|-----------|--------------------------------------------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> עובד/ת <input type="checkbox"/> לא עובד/ת |
| | 220 |

6. פרוט שמות ילדים ופרטיהם

| מס' ת.ז. | תאריך לידה | שם פרטי | מין |
|----------|------------|---------|-----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

255

7. פרטי שירות צבאי

| מס' אישי | תאריך גיוס | תאריך שחרור | חייב שירות מילואים | דרגה |
|----------|------------|-------------|---------------------------------------------------------|------|
| | | | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | |

207

8. קופת חולים בה הנני חבר/ה

| שם הקופה | האם הינך חבר בהסתדרות | חבר בהסתדרות |
|--------------------|------------------------------------------------------------|---------------------|
| 1 כללית | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | 2 כללית |
| 2 לאומית | | 3 קופת חולים לאומית |
| 3 מכבי | | 4 אגודת ישראל |
| 4 מאוחדת | | 6 נוער עובד |
| 5 אסף/אוצר הרופאים | | 8 הפועל המזרחי |
| 6 אינו חבר | | 9 פועלי אגודת ישראל |

539

9. השכלה

| קוד | השכלה | שנות לימוד | מועד סיום לימודים | מוסד לימוד | תחום לימוד |
|-----|------------|------------|-------------------|------------|------------|
| 2 | תואר ראשון | | | | |
| 3 | תואר שני | | | | |
| 5 | תואר שלישי | | | | |
| | אחרת | | | | |

10. קרובי משפחה המועסקים באוניברסיטה (בן/בת זוג, בן/ת, אב/ם, אח/ות, ידוע-ה בציבור, גיס/ה, דוד/ה, נכד/ה,

אחיי/נית, חותן/נת, חם/ה, חתן/כלה, סבא/סבתא): כן לא

במידה וכן, נא לפרט

| שם המלא | יחס הקרבה | יחידה / פקולטה | תפקיד |
|---------|-----------|----------------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

11. מקומות עבודה נוספים

| האם הינך עובד/ת במקום אחר נוסף לעבודתך באוניברסיטה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | שם המעביד הנוסף | מען המעביד הנוסף |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| תפקיד | האם הינך מקבל זכויות סוציאליות במקום עבודתך האחר? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | האם הינך מקבל זכויות שבתון, כרטיסי טיסה וקרן השתלמות במקום עבודתך האחר? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא |
| האם בדעתך להפסיק עבודתך הנוספת <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | אם כן מתי? | |

12. הצהרה על מצב בריאות

לתשומת לבך – אינך חייב/ת לענות על השאלות הבאות, כולן או חלקן. בכל מקרה, מובטח כי המידע שיועבר על ידך יישמר בסודיות, ולא יעשה בו שימוש, אלא לצורך עמידה בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות והתקנות הנובעות מכוחו.

א. האם את/ה אדם עם מוגבלות כלשהי? כן לא

חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח-1998, מגדיר אדם עם מוגבלות כ"אדם בעל לקות פיזית, נפשית או שכלית, לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מהתחומי החיים העיקריים".

ב. אם כן, האם המוגבלות שלך היא:

- קבועה זמנית
 - מוכרת על ידי המוסד לביטוח לאומי משרד הבריאות משרד הביטחון
 - האם נדרשת לך התאמה כלשהי על מנת לבצע את תפקידך? כן לא
- אם כן, אנה פרטי/י איזו התאמה? _____

הגדרת התאמה: "השינוי, התוספת, האבזור או השירותים הנדרשים עבור עובד עם מוגבלות מעבר לנדרש לעמיתו ללא מוגבלות, לשם השתלבותו המקצועית ולשם תפקוד יום יומי במקום העבודה ככל העובדים."

ג.

לפי מיטב ידיעתי מצב בריאותי תקין ואין לי מגבלות רפואיות.

יש לי מגבלות רפואיות ואלה הן:

חתימה: _____

13. הצהרת המועמד/ת

13.1. הנני מצהיר/ה, כי הפרטים שנמסרו על ידי בשאלון הם נכונים ומלאים.

13.2. הנני מתחייב/ת להודיע בכתב ובאופן שוטף למחלקת משאבי אנוש על כל שינוי שיחול בפרטים הנ"ל.

תאריך: _____ חתימה: _____



הדרכת בטיחות ובדיקות רפואיות לעובדים חדשים בסגל הזוטור

הדרכת בטיחות:

על פי תקנות ארגון הפיקוח על העבודה (1984) חלה חובה על המעסיק לדאוג להדרכת בטיחות לעובדיו וחובה על העובדים להשתתף בהדרכה זו, סמוך ככל האפשר למועד תחילת עבודתם באוניברסיטה.

שם: _____ ת.ז. _____

עליך לסמן את הסעיף המתאים בהצהרה הבאה:

- א. אני לא אלמד/אתרגל/אדריך במעבדות שיש בהם שימוש בחומרים כימיים, ביולוגיים או רפואיים. במידה והצהרת על סעיף זה אינך צריך להשתתף בהדרכה פרונטלית ועליך לגשת להדרכה מקוונת "ריענון כללי בטיחות" הנמצאת במערכת [moodle](#) על פי ההנחיות [המצ"ב](#) (לא יאוחר משבועיים ממועד תחילת העבודה).
- ב. אני אלמד/ אתרגל/ אדריך במעבדות שיש בהם שימוש בחומרים כימיים, ביולוגיים או רפואיים. במידה והצהרת על סעיף זה, הנך חייב/ת לעבור הדרכת בטיחות פרונטלית ולהירשם כמפורט מטה. בנוסף, עליך לבצע הדרכת בטיחות מקוונת בנושא "הדרכת בטיחות במעבדות" הנמצאת במערכת [moodle](#) על פי ההנחיות [המצ"ב](#) (לא יאוחר משבועיים ממועד תחילת העבודה). יש לבחור תאריך השתתפות בהדרכה על פי [טבלת מועדי הדרכת בטיחות לעובדים חדשים](#) במועד הסמוך ככל האפשר לתחילת עבודתך, ולבצע [רישום מקוון](#) להדרכה.
- ג. כבר עבדתי בין השנים _____ באוניברסיטה וביצעתי הדרכת בטיחות לעובדים חדשים. במידה והצהרת על סעיף זה אינך צריך להשתתף בהדרכה פרונטלית ועליך לגשת להדרכה מקוונת "ריענון כללי בטיחות" הנמצאת במערכת [moodle](#) על פי ההנחיות [המצ"ב](#) (לא יאוחר משבועיים ממועד תחילת העבודה).

בדיקות רפואיות:

עובד/ת חדש/ה חייב/ת בביצוע בדיקות רפואיות כלליות תוך חודשיים מתחילת העבודה במידה והוא/היא חשוף/ה לקרינה מייננת.

האם תהיה חשיפה לקרינה מייננת: לא _____ כן _____

חתימה: _____ תאריך: _____



קבלת הודעות לתיבת דואר אלקטרוני של אוניברסיטת בן גוריון בנגב

מחלקת משאבי אנוש- סגל אקדמי באוניברסיטה מפיצה את כל הדואר המיועד אליך כעובד/ת אוניברסיטה דרך כתובת דואר אלקטרוני.

עם אישור המינוי שלך במערכות הממוחשבות, תקבלי/י הודעה לכתובת הדוא"ל אותה מסרת לאוניברסיטה, בדבר הנחיות להרשמה לקבלת תיבת דואר אלקטרוני באוניברסיטה (bgumail). הנך מתבקש/ת לפעול בהתאם להנחיות.

במידה ונתקלת בבעיה כלשהי ניתן לפנות למערך המחשוב, למר ישראל גלר בטלפון 08-6461743 או בדוא"ל geller@bgu.ac.il לקבלת סיוע.

החל ממועד קבלת המינוי ישלחו אליך הודעות משאבי אנוש אך ורק לתיבת דואר זו. אשר על כן, את/ה נדרש/ת לבדוק את תוכן התיבה באופן קבוע, ולפחות אחת ל- 72 שעות. ניתן לנייד דברי דואר בתיבת הדואר זו לתיבת דואר אחרת שברשותך.

כל הודעה אשר תועבר לתיבת הדואר שלך באוניברסיטה, תיחשב כהודעה אשר התקבלה אצלך בתוך 72 שעות מרגע השליחה, גם אם לא תאשר/י את קבלתה.

אני מאשר/ת בחתימתי את הסכמתי לאמור מעלה:

שם: _____

ת.ז.: _____

תאריך: _____

חתימה: _____



טופס הסכמה לקבלת תלוש שכר באמצעים אלקטרוניים

האוניברסיטה החלה מהלך של הפצת תלוש שכר בפורמט מקוון, בחיל-נט. כחלק ממגמה ירוקה למניעת השחתת נייר, מתאפשר לחברי הסגל שבחרו בכך, לוותר על קבלת תלוש שכר מודפס. מרבית חברי הסגל כבר עושים שימוש במערכת 'חיל-נט' לצפייה בתלושי השכר שלהם. במערכת נשמרים תלושי השכר וניתן בכל עת ומכל מחשב להיכנס ולצפות בתלושים השוטפים וגם באלו מהעבר. אנו מזמינים אותך לאשר את קבלת תלוש השכר בפורמט המקוון בלבד. במידה ותיבחר/י את האפשרות לקבל את תלושי השכר באופן מקוון, תקבל/י בכל תחילת חודש הודעה אישית לתיבת הדואר, עם קישור ל'חיל-נט' לצפייה בתלוש השכר. כל התלושים נשמרים בחילנט ללא מגבלת זמן וכן ניתן להדפיסם בכל עת, אם עולה הצורך.

לשאלות ניתן לפנות למאיר פרץ mperets@bgu.ac.il

שם העובד: _____

מספר זהות: _____

שם המעסיק: אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

אני החתום מטה, שפרטיו מצויינים לעיל, נותן בזה את הסכמתי לקבל את תלוש השכר בעד עבודתי באמצעות תכנת חילן (או כל תכנה שתחליף אותה) שבאתר האינטרנט של האוניברסיטה בכתובת <https://hilanauth.bgu.ac.il/my.policy> באמצעות כניסה עם שם משתמש וסיסמה שניתנו לי. קישור לתלוש השכר שמצוי בתכנה ישלח לי מדי חודש באמצעות כתובת המייל האוניברסיטאית שלי, וידוע לי כי בכך, וכל עוד לא חזרתי בי מהסכמתי, אני מוותר על זכותי לקבל את תלוש השכר מודפס, ואולם עדיין אוכל לקבל גישה כמפורט בתקנה 3 לתקנות הגנת השכר (דרכים מיוחדות למסירת תלושי שכר), תשע"ז – 2017.

הסכמה זו וכן הוויתור על קבלת תלוש השכר בכתב תקפים כל עוד לא הודעתי בכתב על חזרתי בי מן ההסכמה.

אני החתום מטה, שפרטיו מצויינים לעיל, לא מסכים לקבל את תלוש השכר בעד עבודתי בדרך אלקטרונית כמפורט לעיל. אני מבקש לקבל את תלוש השכר מודפס.

תאריך: _____ חתימה: _____

דברי הסבר למילוי טופס 101

עובד יקר, על פי הנחיות רשות המיסים, נדרש כל עובד למלא טופס 101 בראשית כל שנת מס (שנת מס לעניין מס הכנסה מתחילה ב-1 בינואר כל שנה). מצ"ב טופס פרטיך האישיים (ט. 101) כפי שקיים במערכת השכר. במידה ויש שינויים יש לסמן במקום הרלוונטי ולצרף אסמכתאות כנדרש. במקרים בהם נדרש לצרף אסמכתאות יש לצרף אסמכתאות גם כשאין שינוי. על פי תקנות מס הכנסה, בהיעדר מילוי הטופס, המעביר מחויב לנכות את המס המקסימאלי.

להלן הדגשים למילוי הטופס:

א. כשאין עדכונים בפרטים האישיים בטופס יש להתייחס לבאים:

1. סעיף ה לטופס

ה. פרטים על הכנסות אחרות

אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות (1)

יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:

משכורת חודש (2)

קצבה (6)

משכורת בעד משרה נוספת (3)

מלגה (1)

משכורת חלקית (4)

ממקור אחר

שכר עבודה (עובד יומי) (5)

אם יש לך הכנסה אחרת - לא סמן/י:

אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). אני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת (7)

אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו (8)

אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת (9)

אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת (10)

- במידה והעבודה באוניברסיטת בן גוריון הינה העבודה העיקרית/היחידה **חובה לציין זאת. אין לי הכנסות אחרות.**
- במידה ויש הכנסות אחרות או מלגות יש לסמן ברובריקות המתאימות להכנסה האחרת ולסמן כמצוין בטופס.
- על מנת שלא ינוכה מס מקסימאלי במקרה של בקשת נקודות הזיכוי במקום העבודה האחר, יש להמציא תאום מס.
- עובדים שאין להם הכנסה נוספת ומקבלים מלגה רשאים לקבל את נקודות הזיכוי ממס כנגד הכנסה זו, לצורך כל עליהם לסמן כדלקמן:**
- יש לי הכנסות נוספות. _____
- מלגה. _____
- אבקש לקבל נקודות זיכוי כנגד הכנסתי זו. _____

2. סעיף ג' לטופס

ג. פרטים על ילדי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות) סמן/י ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחוקתך בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בנינו קצבת ילדים מב"ל

| שם | מספר זהות | תאריך לידה |
|----|-----------|------------|
| 2 | 1 | |
| | | |
| | | |
| | | |

- יש להקפיד למלא את טור 1 ואת טור 2.
- לגבי טור 2, במקרה של בני זוג נשואים קצבת ביטוח לאומי ניתנת לאישה, לפיכך גבר נשוי אינו מקבל את הקצבה ואינו נדרש להתייחס לטור 2.
- לתשומת ליבך, על מנת לקבל נקי זיכוי בגין ילדים, חובה להתייחס בסעיף ח' לתתי סעיפים 7 או 8 הרלוונטים לעניין.**

ב. עדכונים בנתונים קיימים:

1. ככל שקיים עדכון בנתונים הקיימים, יש להמציא אסמכתאות כדלקמן:
 - שינוי בכתובת העובד: יש להמציא צילום ת.ז. + הספח או חוזה שכירות.
 - הנחות ישוב מיוחד: יש להמציא מדי שנה אישור (טופס 1312א) מהרשות המקומית. במקביל יש לסמן בטופס 101 בסעיף ח(3).
 - עדכון ילדים נוספים יש לצרף צילום תעודת זהות + ספח.
2. במידה וסומן אחד מסעיפי ח' המתייחס לבקשה לפטור או זיכוי יש לצרף את הטופס/האסמכתאות הנדרשות כמצוין בטופס 101.

לא לשכוח לחתום בסוף העמוד ולצרף צילום תעודת זהות כולל ספח!

יש לשלוח הטפסים למחלקת שכר בית הסנאט חדר 129 או לת.ד. 653, בכל הבהרה ניתן לפנות לטלפונים הבאים:
 מאיר פרץ 08-6472691, ניצה ענבר 08-6461304, נורית ריבלין 08-6461303
 דלילה וקנין 08-6461309, שונטל כהן 08-6472611, ענבל בן דוד 08-6428415

בברכה מחלקת שכר

כרטיס עובד⁽¹⁾



סמנ"י ✓ בריבוע המתאים

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד⁽¹⁾

לפי תקנות מס הכנסה (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה), התשנ"ג - 1993

שנת המס

טופס זה ימלא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (א"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעביד למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת⁽¹⁾ העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים. {ראה הסברים (לפי המספרים) מעבר לדף}

א. פרטי המעביד (למילוי ע"י המעביד)

| | | | |
|----|-------|------------|------------------|
| שם | כתובת | מספר טלפון | מספר תיק ניכויים |
| | | | 9 |

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים. למי שאין מספר תעודת זהות יש לצרף צילום דרכון ואישור / רשיון שהייה בישראל שנתנו על ידי רשות האוכלוסין וההגירה)

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| מספר זהות (9 ספרות) | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | תאריך עליה |
| | | | | |
| מספר דרכון (למי שאין מספר ת.ז.) | | כתובת פרטית | | |
| | | | | |
| רחוב/שכונה | | מספר | עיר/ישוב | מיקוד |
| | | | | |
| מין | מצב משפחתי | תושב ישראל | חבר קיבוץ/מושב שיתופי | חבר בקופת חולים |
| <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה | <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> מוצב משפחתי | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם הקופה |
| כתובת דואר אלקטרוני | | מספר טלפון | מספר טלפון נייד | / |
| | | | | |

ג. פרטים על ילדיי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות) ד. פרטים על הכנסותיי ממעביד זה

סמנ"י ✓ ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל

| | | | | | | |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|----|-----------|------------|
| תאריך תחילה העבודה ⁽¹⁾ בשנת המס | אני מקבל/ת: {ראה הסברים מעבר לדף} | 1 | 2 | שם | מספר זהות | תאריך לידה |
| | <input type="checkbox"/> משכורת חודש ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> משכורת חלקית ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי) ⁽⁵⁾ <input type="checkbox"/> קצבה ⁽⁶⁾ <input type="checkbox"/> מלגה ⁽¹⁾ | | | | | |

ה. פרטים על הכנסות אחרות

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן: <input type="checkbox"/> משכורת חודש ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> קצבה ⁽⁶⁾ <input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> מלגה ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> משכורת חלקית ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/> ממקור אחר <input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי) ⁽⁵⁾ אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמנ"י: <input type="checkbox"/> אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת ⁽⁷⁾ <input type="checkbox"/> אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו ⁽⁸⁾ <input type="checkbox"/> אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת ⁽⁹⁾ <input type="checkbox"/> אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת ⁽¹⁰⁾ |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

ו. פרטים על לבן/בת הזוג

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------|------------|------------|
| מספר זהות (9 ספרות) | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | תאריך עליה |
| | | | | |
| מספר דרכון (למי שאין מספר זהות) | | | | |
| <input type="checkbox"/> אין לבן/בת הזוג כל הכנסה <input type="checkbox"/> יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: <input type="checkbox"/> עבודה/קצבה/עסק <input type="checkbox"/> הכנסה אחרת | | | | |

ז. שינויים במהלך השנה (כולל שינויים הקשורים לבקשה להקלה בחישוב המס מעבר לדף)

| | | | |
|--------------|-------------|--------------|---------------|
| תאריך השינוי | פרטי השינוי | תאריך ההודעה | חתימת העובד/ת |
| | | / / | |
| | | / / | |
| | | / / | |

ח. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות (סמן/י ✓ בריבוע המתאים)

| | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | אני תושב/ת ישראל. |
| <input type="checkbox"/> 2 | אני נכה 100% / עיוור/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בפרק ה' כי "אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס. |
| <input type="checkbox"/> 3 | אני תושב/ת קבוע/ה בישוב מזכה ⁽¹³⁾ מתאריך _____ . אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312 א. |
| <input type="checkbox"/> 4 | אני עולה חדש/ה מתאריך _____ . לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____ . מי שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תיקונים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה. חובה לצרף: תעודת עולה. |
| <input type="checkbox"/> 5 | בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס. רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיע/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוור/ת עפ"י סעיף 9(5) לפקודה. |
| <input type="checkbox"/> 6 | אני הורה במשפחה חד הורית ⁽¹¹⁾ החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת. |
| <input type="checkbox"/> 7 | בגין ילדיי שבחזקתי המפורטים בחלק ג. ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד ⁽¹²⁾ . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____ . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____ . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____ . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם 18 שנים בשנת המס _____ . |
| <input type="checkbox"/> 8 | בגין ילדיי הפעוטים. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד ⁽¹²⁾ . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____ . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____ . |
| <input type="checkbox"/> 9 | אני הורה יחיד ⁽¹²⁾ לילדיי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 7 ו-8 לעיל). |
| <input type="checkbox"/> 10 | בגין ילדיי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם. ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות. |
| <input type="checkbox"/> 11 | אני הורה ל_____ ילדים עם מוגבלות שטרם מלאו להם 19 שנים, בגינם אני מקבל/ת גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי. מצורף אישור גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי לשנה נוכחית. בן זוגי אינו מקבל נקודות זיכוי אלה. לילדיי, בגינם אני מבקש את נקודות הזיכוי, אין הכנסות בשנה הנוכחית. |
| <input type="checkbox"/> 12 | בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. מצורף פסק דין. |
| <input type="checkbox"/> 13 | מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס. |
| <input type="checkbox"/> 14 | אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____ . מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות. |
| <input type="checkbox"/> 15 | בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119. |

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמן/י ✓ בריבוע המתאים)

| <input type="checkbox"/> 1 | לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעביד זה. הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור משטרת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלה וכיו"ב. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה. 2. דמי לידה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----|-------|------------------------------------|--|------------------|----------------------------------|--|--|---|---------------------------|--|--|---|--|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 2 | יש לי הכנסות נוספות ממשכורת ⁽¹⁾ כמפורט להלן: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">שם</th> <th rowspan="2">כתובת</th> <th colspan="2">המעביד / משלם שכורת⁽¹⁾</th> </tr> <tr> <th>מספר תיק ניכויים</th> <th>סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td>הכנסה חודשית (לפי תלושים)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | | שם | כתובת | המעביד / משלם שכורת ⁽¹⁾ | | מספר תיק ניכויים | סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר) | | | 9 | הכנסה חודשית (לפי תלושים) | | | 9 | | | | 9 | |
| שם | כתובת | המעביד / משלם שכורת ⁽¹⁾ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | מספר תיק ניכויים | סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 9 | הכנסה חודשית (לפי תלושים) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 3 | פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

י. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשמטה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעביד על כל שינוי שיחול בפרטיי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

_____ תאריך _____ חתימת המבקש/ת

דברי הסבר למילוי טופס 101

- (1) "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעביד" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכיו"ב. "עבודה" לרבות קבלת משכורת. "מלגה" לרבות מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
- (2) משכורת חודש
- (3) משכורת בעד משרה נוספת
- (4) משכורת חלקית
- (5) שכר עבודה
- (6) קצבה
- (7) אם העובד לא מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- (8) אם העובד מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- (9) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי לוח הניכויים.
- (10) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"ש.
- (11) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוץ (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- (12) הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
- (13) יישוב מזכה - יישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק א"ח, לפי העניין.



ביטוח חיים – דף הסבר

שלום רב,

הנך זכאי להצטרף לביטוח חיים ריזיקו קבוצתי.

להלן הסבר קצר שיעזור לך לקבל החלטה האם את/ה מעוניין/ת בביטוח או לא.

מצ"ב בערכה טופס הצטרפות לביטוח החיים יש לסמן בהתאם להחלטתך.

להלן עיקר תנאי הפוליסה :

הביטוח הוא ביטוח מסוג "ריזיקו" (כלומר, אין לפוליסה הנ"ל שום ערך פדיון). מאחר והפוליסה היא פוליסה קולקטיבית, לא ניתן לבקש מחברת הביטוח לשעבד את הפוליסה לטובת שום גוף. בביטוח זה מבוטחים רק עובדים המעוניינים בכך. סכום הביטוח נקבע על ידי ועד ראשי האוניברסיטאות, נכון להיום, סכום הביטוח עומד על כ- 157,464 ₪.

הפרמיה משולמת על ידי האוניברסיטה והעובד, הפרמיה החודשית שהעובד משלם, נכון להיום היא כ- 18 ₪.

הביטוח כולל :

- א. תשלום פיצוי במקרה של מוות, חס וחלילה.
- ב. תשלום כפל פיצוי במקרה של מוות מתאונה.
- ג. תשלום פיצוי במקרה של נכות לצמיתות, מתאונה בלבד (הפיצוי הוא חד פעמי וגובה הפיצוי נקבע לפי גובה אחוז הנכות הצמיתה).

חשוב לבדוק/או לעדכן באגף משאבי אנוש את שמות המוטבים. הנוהג הקיים הוא, כי עם קבלתו של עובד לעבודה, הוא נדרש למלא את הטופס הנ"ל ושוכח לעדכנו במהלך השנים, אך טבעי הוא הדבר כי במהלך התקופה, יש שינויים אשר רצוי לתת עליהם את הדעת. עובד יכול לשנות את שמות המוטבים בכל עת שיחפוץ.

בברכה,

סגל אקדמי זוטור



אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
אגף משאבי אנוש
משאבי אנוש סגל אקדמי:
08-6461305

הצטרפות לביטוח חיים

פרטי העובד

| | | | | | | | | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------|------------|---------|
| | | | | | | | | | | מספר זהות | שם משפחה | שם פרטי |
| e-mail | | | | | | | | | | מחלקה | אגף/פקולטה | מס' טל' |
| תאריך לידה | | | | | | | | | | מס' טל' נייד | | |

הצטרפות לביטוח חיים

איש סגל יקר,

האוניברסיטה מאפשרת הצטרפות לביטוח חיים ריזיקו קבוצתי. התשלום בקרות מקרה ביטוח בשנת 2014 עומד על סך של כ- 150,000 ₪. האוניברסיטה משלמת בגין עובד הבוחר להצטרף להסדר מחצית מסכום הפרמיה מידי שנה ומנכה משכרו של העובד את המחצית השנייה. את סכום הניכוי ניתן לברר באגף משאבי אנוש במדור הרלוונטי עבורך. תוקפו של ביטוח זה יחול רק ממועד התחלת הניכוי בפועל משכר העובד ולא ממועד החתימה על הטופס.

(סמן X במשבצת המתאימה)

- אני מאשר/ת ניכוי עבור ביטוח חיים משכרי
- אינני מאשר/ת ניכוי עבור ביטוח חיים משכרי

לתשומת לבך, אי מילוי הטופס יחשב כוויתור על ההסדר, והוא לא יחול עלייך.

הערות:

- תוקף ביטוח כפל פיצוי במקרה של מוות מתאונה ו/או נכות צמיתה מתאונה חו"ח הינו עד גיל 70.
- תוקף ביטוח חיים ריסק בלבד – במקרה של מוות חו"ח הינו עד גיל 71.

| | | |
|-------------------|-------|-------|
| שם פרטי ושם משפחה | חתימה | תאריך |
|-------------------|-------|-------|

הנחיות למילוי טפסי הצטרפות לפנסיה

הדוגמאות וההנחיות אינן מהוות תחליף לייעוץ פנסיוני

בחירת קרן פנסיה

קופת פנסיה שאינה ברירת מחדל

יש לפנות לבית ההשקעות/קרן הפנסיה בה הינך מעוניין להיות מבוטח לקבלת טפסים רלוונטיים

ניתן לפנות לאנשי הקשר בקישור מטה, או לשירות הלקוחות.
שים לב: גם אם קיימת קופה ממעסיק קודם יש צורך במילוי טפסים

יש למלא את הטופס ולשלוח חזרה לקרן שבחרת (במידה ויש צורך בחתימת מעסיק, יש להגיע פיזית בזמן קבלת קהל)

ניתן למלא את פרטי המעסיק- אוניברסיטת בן גוריון ח.פ. 500701644. יש לוודא מול הקרן שלך שטפסים התקבלו ושלא חסרים פרטים.
בסיום הטיפול יש להעביר אלינו אישור הצטרפות

לתשומת ליבך: במידה ולא יושלם תהליך ההצטרפות מול הקרן, הכספים לא ייקלטו לטובתך בקרן

קופת ברירת המחדל של האוניברסיטה- אלטשולר שחם

במידה ובחרת להצטרף לאלטשולר שחם, יש למלא את טפסי ההצטרפות נא לצרף צילום תעודת זהות וספח פתוח

[למילוי טפסי ההצטרפות לחץ כאן](#)

לקבלת ייעוץ ולסיוע נוסף במילוי הטפסים, ניתן לפנות לנציגת חברת אלטשולר שחם. לפרטי ההתקשרות יש ללחוץ על הקישור מטה

יש לשים לב לצרף את הטפסים במעמד שליחת ערכת הקליטה

להלן קישור [לרשימת בתי ההשקעות ואנשי הקשר](#), וכן הסדרי דמי הניהול שהושגו לטובת האוניברסיטה (אין חובה לפנות לבית השקעות מרשימה זו)

הבהרה: במידה ולא תעביר את אישור ההצטרפות במעמד הקליטה – תצורף לברירת המחדל תוכלי בכל עת לעבור לכל קרן אחרת שתבחרי/ באופן עצמאי

לפרטים נוספים ניתן לפנות לענבל בן-דוד בטלפון: 08-6428415

הסכם

שנערך ונחתם בבאר שבע ביום _____

בין

אוניברסיטת בן גוריון בנגב

שכתובתה ת"ד 653 באר שבע 84105

(להלן "המעביד")

מצד אחד

לבין

נושא ת.ז. שמספרה _____

שכתובתו _____

(להלן "העובד")

מצד שני

הוסכם, הוצהר והותנה בזאת בין הצדדים כדלקמן:

1. העובד מסכים בזאת שהפרשות המעביד עבורו לקרן פנסיה/ קופת ביטוח בשיעור של 8.33% אחוזים מהשכר המופטר יבואו במקום פיצויי פיטורים על פי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים, התשכ"ג-1963, והאישור הכללי בדבר תשלומי מעבידים לקרן פנסיה ולקופת ביטוח במקום פיצויי פיטורים, שהוצא מכוחו (ושהעתקו מצ"ב כנספח א' להסכם זה).
2. המעביד מוותר בזאת מראש על כל זכות שיכולה להיות לו להחזיר כספים מתוך תשלומים, אלא אם כן נשללה זכות העובד לפיצויי פיטורים בפסק דין מכוח סעיפים 16 או 17 לחוק ובמידה ונשללה או שהעובד משך כספים מקרן הפנסיה או מקופת הביטוח שלא בשל אירוע מזכה; לענין זה, " אירוע מזכה"- מוות, נכות או פרישה בגיל שישים או יותר.
3. אין באמרו בהסכם זה כדי ליצור לעובד זכות להפרשת תשלומים לקרן פנסיה/קופת ביטוח, אלא במידה שזכות כזאת מוקנית לו בהסכם עבודה אישי ו/אן קיבוצי או על פי הוראות צו ההרחבה לביטוח פנסיוני מקיף במשק.
4. העובד מאשר שחתם על הסכם זה מרצונו החופשי ולאחר ששקל את כל הפרטים הרלבנטיים.

ולראייה באו הצדדים על החתום:



העובד

אישור כללי בדבר תשלומי מעבידים לקרן פנסיה ולקופת ביטוח במקום פיצויי פיטורים לפי חוק פיצויי פיטורים התשכ"ג-1963.

בתוקף סמכותי לפי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים, התשכ"ג-1963 (להלן- החוק), אני מאשר כי תשלומים ששילם מעביד החל ביום פרסומו של אישור זה, בעד עובדו לפנסיה מקיפה בקופת גמל לקצבה שאינה קופת ביטוח כמשמעותה בתקנות מס הכנסה (כללים לאישור ולניהול קופות גמל), התשכ"ד-1964 (להלן- קרן פנסיה), או לביטוח מנהלים הכולל אפשרות לקצבה או שילוב של תשלומים לתכנית קצבה ולתכנית שאינה לקצבה בקופת ביטוח כאמור (להלן- קופת ביטוח), לרבות תשלומים ששילם תוך שילוב של תשלומים לקרן פנסיה ולקופת ביטוח בין אם יש בקופת הביטוח תכנית לקצבה ובין אם לאו (להלן- תשלומי המעביד), יבואו במקום פיצויי הפיטורים המגיעים לעובד האמור בגין השכר שממנו שולמו התשלומים האמורים ולתקופה ששולמו (להלן- השכר המופטר), ובלבד שנתקיימו כל אלה:

1. תשלומי המעביד-

א. לקרן פנסיה אינם פחותים מ-14% מן השכר המופטר או 12% מן השכר המופטר אם משלם המעביד בעד עובדו בנוסף לכך גם תשלומים להשלמת פיצויי פיטורים לקופת גמל לפיצויים או לקופת ביטוח על שם העובד בשיעור של 2% מן השכר המופטר. לא שילם המעביד בנוסף ל-12% גם 2% כאמור, יבואו תשלומיו במקום 72% מפיצויי הפיטורים של העובד בלבד;

ב. לקופת ביטוח אינם פחותים מאחד מאלה:

1. 13% מן השכר המופטר, אם משלם המעביד בעד עובדו בנוסף לכך גם תשלומים להבטחת הכנסה חודשית במקרה אובדן כושר עבודה, בתכנית שאישר הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר, בשיעור הדרוש להבטחת 75% מן השכר המופטר לפחות או בשיעור של 21/2% מן השכר המופטר, לפי הנמוך מביניהם (להלן- תשלום לביטוח אובדן כושר עבודה)

2. 11% מן השכר המופטר, אם שילם המעביד בנוסף גם תשלום לביטוח אובדן כושר עבודה, ובמקרה זה יבואו תשלומי המעביד במקום 72% מפיצויי הפיטורים של העובד, בלבד; שילם המעביד נוסף על אלה גם תשלומים להשלמת פיצויי פיטורים לקופת גמל לפיצויים או לקופת ביטוח על שם העובד בשיעור של 2% מן השכר המופטר, יבואו תשלומי המעביד במקום 100% פיצויי פיטורים של העובד.

2. לא יאוחר משלושה חודשים מתחילת ביצוע תשלומי המעביד נערך הסכם בכתב בין המעביד לבין העובד ובו-

א. הסכמת העובד להסדר לפי אישור זה בנוסח המפרט את תשלומי המעביד ואת קרן הפנסיה וקופת הביטוח, לפי העניין; בהסכם האמור ייכלל גם נוסחו של אישור זה;

ב. ויתור המעביד מראש על כל זכות שיכולה להיות לו להחזר כספים מתוך תשלומיו, אלא אם כן נשללה זכות העובד לפיצויי פיטורים בפסק דין מכוח סעיפים 16 או 17 לחוק ובמידה שנשללה או שהעובד משך כספים מקרן הפנסיה או מקופת הביטוח שלא בשל אירוע מזכה; לעניין זה, "אירוע מזכה"- מוות, נכות או פרישה בגיל שישים או יותר.

3. אין באישור זה כדי לגרוע מזכותו של עובד לפיצויי פיטורים לפי החוק, הסכם קיבוצי, צו הרחבה או חוזה עבודה, בגין שכר שמעבר לשכר המופטר.

ט"ו בסיון התשנ"ח (9 ביוני 1998)

אליהו ישי

שר העבודה והרווחה

הצטרפות לתכנית קרן השתלמות

בעת קליטתך כחבר סגל אקדמי זוטרי באוניברסיטה, הנך זכאי/ת להצטרף לקרן השתלמות

מהי קרן השתלמות?

קרן השתלמות הינה תכנית חסכון שבה המעסיק מפריש 7.5% משכרך, וממשכורתך מנכים 2.5%. סה"כ מופרשים 10% לצורך חיסכון עתידי. בתום שש שנים ניתן לקבל את הכספים מקרן ההשתלמות ללא ניכוי מס (נכון לתקנות הקיימות כיום)

לרשותך שלוש אפשרויות:

חתימה על טופס ויתור לצירוף לקרן השתלמות

יש למלא את טופס הויתור המצורף בהמשך ולהחזירו אלינו

במידה והחלטת לא להצטרף וחתמת על טופס ויתור - עדיין ניתן לשנות את דעתך!

יש לבצע את תהליך ההצטרפות לקרן השתלמות כמפורט, ולעדכן את המתאמת הרלוונטית במדור סדל אקדמי זוטרי. ההצטרפות תהא מתחילת שנת המס.

קרן השתלמות שאינה ברירת מחדל

יש לפנות לבית ההשקעות/קרן ההשתלמות בה הינך מעוניין להיות מבוטח לקבלת טפסים רלוונטיים.

ניתן לפנות לאנשי הקשר בקישור מטה, או לשירות הלקוחות. **שים לב:** גם אם קיימת קופה ממעסיק קודם יש צורך במילוי טפסים

יש למלא את הטופס ולשלוח חזרה לקרן שבחרת (במידה ויש צורך בחתימת מעסיק, יש להגיע פיזית בזמן קבלת קהל)

ניתן למלא את פרטי המעסיק: אוניברסיטת בן גוריון מס' מלכ"ר 500701644

יש לוודא מול הקרן שלך שטפסים התקבלו ושלא חסרים פרטים. **בסיום הטיפול יש להעביר אלינו אישור הצטרפות**

לתשומת ליבך: במידה ולא יושלם תהליך ההצטרפות מול הקרן, הכספים לא ייקלטו לטובתך בקרן

קופת ברירת המחדל- מגדל מקפת

במסגרת ברירת המחדל תצורף למסלול כללי

לקבלת ייעוץ, ניתן לפנות לנציגת חברת מגדל מקפת. לפרטי ההתקשרות יש ללחוץ על הקישור מטה

להלן קישור [לרשימת בתי ההשקעות ואנשי הקשר](#), וכן הסדרי דמי הניהול שהושגו לטובת האוניברסיטה. (אין חובה לפנות לבית השקעות מרשימה זו)

לתשומת ליבך: במידה ולא תודיע על החלטתך באחת האופציות להלן במעמד קליטתך (צירוף אישור פתיחת קופה מקרנות ההשתלמות או טופס ויתור), תצורף באופן אוטומטי לקרן ברירת המחדל "מגדל מקפת" למסלול ברירת מחדל.

תוכלי/י בכל עת לעבור לכל קרן אחרת שתחברי/י באופן עצמאי

לתשומת ליבך: אי הצטרפות במועד עלולה לגרור איבוד של זכויות הקשורות למיסוי וליצור לך נזקים כספיים (שהאוניברסיטה לא תישא בהם בשום מקרה). על מנת להימנע מעוגמת נפש נא הקפד למלא את הטפסים במועד.



תאריך _____

לכבוד

מדור סגל אקדמי זוטור
מחלקת סגל אקדמי
אגף משאבי אנוש
אוניברסיטת בן גוריון בנגב

הנדון: ויתור על הצטרפות לקרן השתלמות

1. כחלק מתנאי העסקתי באוניברסיטה הוצע לי להצטרף לקרן השתלמות מכח ההסכם המקומי מ- 2007 שנעשה בין האוניברסיטה לבין ארגון הסגל הזוטור, והועבר אלי מכתב המפרט את זכויותיי בהקשר זה.
2. ידוע לי שמדובר בהטבה כספית והטבת מס.
3. על אף האמור לעיל הריני מבקש בזאת שלא להצטרף לקרן השתלמות.
4. ידוע לי כי על אף חתימתי על טופס זה אהיה זכאי להצטרף לקרן השתלמות בכל עת, ואולם הזכאות תחול רק החל בשנת המס בה הודעתי בכתב על רצוני להצטרף לקרן השתלמות ובכפוף לביצוע ניכוי משכרי לפי כל דין.
5. אני מאשר בזאת שהובהר לי כי ככל שלא אודיע בכתב על שינוי דעתי תעמוד בתקפה הוראתי זו בדבר אי הצטרפות לקרן השתלמות.
6. חתימתי על טופס זה נעשתה מרצוני החופשי, לאחר הבנת משמעויותיו, לאחר שניתנה לי אפשרות להיוועץ בכל מי שאמצא לנכון וללא כפיה או לחץ.

שם _____ ת.ז. _____

חתימה _____ תאריך _____



אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
 אגף משאבי אנוש
 מחלקת משאבי אנוש-סגל אקדמי זוטור
 טל': (08-6428743/08-6472600)
 פקס: 08-6477668

בקשה להחזר קצובת נסיעה – סגל אקדמי זוטור

חבר סגל יקר,

- קצובת נסיעה משולמת לעובד בהתאם להיקף משרתו ומקום מגוריו.
- לאחר מילוי הטופס נא לשלוח לכתובת הרשומה מעלה.
- החזר הנסיעה הינו עד לתקרה שנקבעה ע"י החשב הכללי.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| שם פרטי | | | | | | | | | | שם משפחה | | | | | | | | | | מספר זהות | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| פקולטה | | | | | | | | | | מחלקה | | | | | | | | | | חלקיות משרה | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| מס' טל' בבית | | | | | | | | | | מס' טל' נייד | | | | | | | | | | פקס | | | | | | | | | | e-mail | | | | | | | | | |
| כתובת מגורים בפועל – הנני מתגורר/ת בבאר-שבע/במעונות נא הקף תשובתך | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| רחוב | | | | | | | | | | מס' בית | | | | | | | | | | עיר | | | | | | | | | | מיקוד | | | | | | | | | |
| פירוט יעדי האוטובוסים הנדרשים לגרים בפועל מחוץ לבאר-שבע | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| להלן פירוט קשר האוטובוסים בין מקום מגורי לבין מקום עבודתי: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| פרטים | | | | | | | | | | מחיר נסיעה בכיוון אחד | | | | | | | | | | מחיר כרטיס חופשי חודשי | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| בעיר המגורים | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| בעיר העבודה | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| נסיעה בין-עירונית | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| לתשומת ליבכם | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>אם הינך גר במעונות אינך זכאי לקצובת נסיעה. האוניברסיטה רשאית לבדוק, מעת לעת, נכונות הדיווח כאמור בטופס זה. בגין דיווח לא נכון בטופס זה תהא רשאית האוניברסיטה לנקוט נגד העובד צעדים משפטיים, ובכלל זה – מבלי לפגוע בכלליות האמור - סיום העסקה באוניברסיטה, העמדה לדין משמעתי, תביעת החזר הוצאות ששולמו ביתר או גביתן מתוך השכר, תביעה בגין נזקי האוניברסיטה וכיו"ב. קבלת כספים כתוצאה מדיווח שקרי בטופס זה או מאי-עדכון הפרטים במועד, עשויה להוות עבירה פלילית.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>הצהרת העובד</p> <p>הריני מצהיר/ה בזאת כי הפרטים הנ"ל נכונים ואני מתחייב/ת להודיע לאוניברסיטה על כל שינוי באחד או יותר מפרטים אלה, באופן מיידי. לאור האמור, אני מבקש/ת לאשר לי קצובת נסיעה.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| חתימת העובד | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| שם פרטי ושם משפחה | | | | | | | | | | חתימה | | | | | | | | | | תאריך | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |