קרן רווחה לעובדים במלונאות (ע"ר)

בשיתוף התאחדות המלונות בישראל והסתדרות עובדי המלונאות והאירוח

ת.ד. 29259 תל-אביב 61292

טלפון: 03-6367826 פקס: 03-6367820

בקשה לקבלת תמיכה

נתקבל בקרן הרווחה ביום: ___/___/___.

מס' בקשה _____.

* ימולא בידי הקרן

מוגש לקרן הרווחה לעובדים במלונאות

באמצעות ועד העובדים והנהלת המלון_____

מס' זהות | | | | | | | | | | (9 ספרות הכרחי)

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תאריך לידה ___/___/___

כתובת: _____ טלפון: _____/_____

מועד צפוי להפסקת עבודה ____/____/____

הריני מצהיר/ה כי אני עובד בענף המלונאות מתאריך _____/_____/_____

אני חבר/ה בקרן הפנסיה _____ החל מיום ____/_____/_____

לאור הפסקת העבודה המתוכננת אני מבקש/ת לקבל תמיכה על- פי תקנון קרן הרווחה וזאת לאחר פרישתי.

את התמיכה, באם תאושר, נא להעביר לחשבוני בבנק:

שם הבנק	כתובת הסניף	מס' חשבון	מס' הסניף	מס' הבנק
_____	_____	_____	_____	_____

שם בעל החשבון: _____

אני מתחייב/ת להודיעכם מיידית: אם וכאשר אחזור לעבוד בענף המלונאות

אם וכאשר אקבל פנסיה או גימלה

אם וכאשר אקבל קצבת זקנה מבטוח לאומי

אם וכאשר אקבל דמי אבטלה

אני מתחייב/ת להחזיר כל כסף שיינתן לי בטעות או שלא על פי התקנון.

_____ _____

תאריך חתימת העובד/ת

המלצת ועד עובדים מועצת הפועלים:

☐ לאשר ☐ לא לאשר תאריך: ___/___/___ חתימה וחותמת _____

אישור המלון המעסיק:

☐ אנו מאשרים לנ"ל פרישה מוקדמת החל מ - ____/_____/_____

☐ אנו לא מאשרים ולא ממליצים לאשר את התמיכה מקרן רווחה.

אנו מאשרים שהנתונים שנמסרו ע"י העובד הינם נכונים (מצ"ב תלוש שכר אחרון של העובד וכן צילום ת"ז).

במידה והבקשה תאושר מתחייב המעסיק לשלם דמי טיפול לקרן בהתאם לתקנות הקרן.

_____ _____

שם החותם/מת חתימה וחותמת המעסיק

* מחק את המיותר

העתקים: 1. לקרן 2. לקרן. 3. העתק למעביד. 4. העתק לעובד