



הנדון: התחייבות בקשר לקבלת אישור כניסה פרטני למדינת ישראל

Applicant's declaration for entry permit to the State of Israel

הואיל ופנית בבקשה לקבלת אישור פרטני לכניסה לישראל, מצ"ב טופס התחייבות לחתימתך המהווה תנאי לאישור הגעה וכניסה לישראל.

As you have applied for an individual permit to enter Israel, attached is a commitment form for your signature, which is a condition for the approval for arrival and entry into Israel.

Name of the undersigned: _____ : שם החתום/ה מטה:

ID or Passport number: _____ : מספר ת"ז או דרכון:

Telephone number (where you can be reached in Israel): _____ : טלפון:

מקום הבידוד יהיה על פי החלטת הרשויות הישראליות, בבידוד ממלכתי, בבתי המלון או במתקנים אחרים שיקבעו על פי החלטת הרשויות המוסמכות, ועל המגיע ארצה למלא אחר הוראות הרשויות ולשהות בבידוד הממלכתי משך התקופה שנקבעה (משך 14 יום מיום הכניסה לישראל).

The location of the quarantine will be according to the decision of the Israeli authorities, in state isolation only, in hotels or other facilities as to be determined solely by the authorities of the State of Israel upon arrival to the State of Israel and for a period of 14 days from the day of entry to the State of Israel.

אני החתום/ה מטה מתחייב/ת בזאת לעמוד בתנאים המפורטים להלן:

I, the undersigned, hereby commit to comply with the following conditions:

1. אני מכירה את ההנחיות המחייבות בידוד ממלכתי במלונות או במתקנים אחרים על פי החלטת מדינת ישראל, כפי שהוסבר וכפי שפורסם באמצעי התקשורת ובאתר משרד הבריאות.
I am familiar with the guidelines for State isolation (in hotels or other State facilities) as decided by the State of Israel, and as publicized in the media and in the Ministry of Health website.

2. אני מתחייב/ת לפעול בהתאם להנחיות שיינתנו על ידי הרשויות הישראליות, כפי שפורסמו או שיפורסמו באמצעי התקשורת ובאתר משרד הבריאות.
I undertake to follow the guidelines and instructions of the Israeli authorities as directed, and as published or will be published in the media and in the Ministry of Health website.



ראש שרותי בריאות הציבור

Director of Public Health Services

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

3. אני מתחייבת לדווח למשרד הבריאות על שהותי בבידוד ממלכתי או כל בידוד אחר כפי שאדרש על ידי מדינת ישראל וכפי שמתפרסם באתר האינטרנט של משרד הבריאות ובפרסומי הרשויות הישראליות.

I undertake to report my stay under state isolation (quarantine) or any other quarantine as determined by the Israeli authorities and in accordance with the instructions publicized in the media and in the Ministry of Health website.

4. אני מתחייבת כי הנסיעה משדה התעופה למיקום הבידוד תהיה רק באמצעי התחבורה שיקבעו על פי הוראות הרשויות המוסמכות (ולא באמצעי התחבורה הציבורית, ובכלל זה גם לא במונית).

I undertake to travel from the airport to the address where I will stay in state isolation only by transportation as determined by the Israeli authorities (and not by public transport, including taxis).

5. ככל שאדרש לשלם עבור תקופת השהיה במתקן הבידוד הממלכתי, בבתי המלון או במתקנים אחרים שיקבעו על פי החלטת הרשויות המוסמכות, וכן עבור השירותים הנוספים אותם אקבל במסגרת השהייה במתקן הבידוד, אני מתחייב בזאת לפעול לתשלום מידי של עלויות אלו ולפרוע כל חוב בגין שירותים שאקבל במסגרת תקופת השהייה במתקן הבידוד הממלכתי.

To the extent that I am required to pay for my stay in the state quarantine facility, in a hotel or any other facility to be determined by the relevant authorities, as well as for any additional services which I shall receive during my stay in the quarantine facility, I hereby undertake to pay for all of these costs immediately and to pay any debt for services received during that period.

6. אני מתחייבת למדוד חום גוף מדי יום במהלך 14 הימים החל מיום הנחיתה בארץ.
I undertake to measure body temperature, on a daily basis, during the 14 days from the date of landing in Israel.

7. בכל מקרה של הופעת חום מעל 38 מעלות, שיעול, קושי בנשימה או תסמין נשימתי אחר, אני מתחייבת לדווח באופן מידי למשרד הבריאות באמצעות מוקד מד"א 101.

In the event of a fever above 38C degrees, coughing, breathing difficulty or any other respiratory symptoms, applicants must immediately report to the Israeli authorities by calling 101.

שם מלא (פרטי ומשפחה): _____ Full Name:

חתימה: _____ Signature of Applicant:

תאריך החתימה: _____ Date of Signature: