



ראש שרותי בריאות הציבור

Director of Public Health Services

משרד
הבריאות
נחיים בריאים יותר

הנדון: התחייבות בקשר לקבלת אישור כניסה פרטני למדינת ישראל

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

RE: Individual commitments for receiving entry permits into the State of Israel

As you have applied for an individual permit to enter Israel, attached is a commitment form for your signature, which is prerequisite to permit entry.

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

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

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

מקום הבידוד המבוקש, אם יותר על ידי רשויות מדינת ישראל כניסתי לבידוד ביתי – נא ציין האם הבקשה היא לבידוד בבית או בדירה וציין הכתובת המלאה והמדויקת:

Requested place of isolation, Subject to the approval of my entry into home quarantine, by the authorities of the State of Israel - please specify if the requested place of quarantine is in a house or an apartment and specify the full address:

כתובת מלאה ומדויקת של הנוסע עם הגעתו לישראל ובכפוף לאישור הרשויות הישראליות לשהייה בבידוד ביתי
Full Address of the passenger when staying in Israel –(Subject to the approval of my entry into home quarantine, solely by the authorities of the State of Israel)

Name of host: _____: שם המארח:

Host phone number: _____: מספר טלפון של המארח:

I, the undersigned, hereby undertake to comply with the instructions of the Israeli Ministry of Health, to stay in home isolation or State isolation (quarantine), in hotels or any other facilities, as determined and approved solely by the authorities of the State of Israel, upon my arrival to the State of Israel. My stay in quarantine will be for a period of 14 days from the day of entry to the State of Israel.

אני החתום/ה מטה מתחייב/ת בזאת לעמוד בכל ההנחיות של משרד הבריאות בישראל, ולשהות בבידוד ביתי, או בבידוד ממלכתי, במלונות או במתקנים אחרים המופעלים בהנחיית הרשויות במדינת ישראל, **וכל זאת כפי שיחליטו באופן בלעדי, נציגי הרשויות בישראל, עם הגעתי למדינת ישראל.** הובהר לי כי תקופת הבידוד הינה משך 14 יום מיום כניסתי למדינת ישראל.



ראש שרותי בריאות הציבור

Director of Public Health Services

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

אני החתום/ה מטה מתחייבת בזאת לעמוד בתנאים המפורטים להלן:

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

1. אני החתום מטה מתחייבת בזאת להציג תוצאה שלילית לבדיקת קורונה מסוג PCR, אשר נעשתה, לא יותר מ- 72 שעות לפני מועד הטיסה לישראל.
I, hereby undertake to present a valid negative result for a COVID-19 PCR test, performed not more than 72 hours prior to my flight departure to the State of Israel.
2. אני, החתום/ה מטה, מכירה את ההנחיות לבידוד בית או בידוד ממלכתי, המפורסמות באתר משרד הבריאות הישראלי.
I hereby confirm that I am familiar with the guidelines for home isolation/quarantine or State quarantine, as published on the Israeli Ministry of Health website.
3. אני, החתום/ה מטה, מתחייבת להשלים את מלא תקופת הבידוד המחויבת (משך 14 יום מיום כניסתי לישראל).
I, hereby undertake to complete the full period of the required isolation (14 days from the date of entry into Israel).
4. אני מתחייבת לפעול בהתאם להנחיות המפורסמות באתר משרד הבריאות.
I, undertake to follow the guidelines published on the Ministry of Health website.
5. אני מתחייבת לדווח למשרד הבריאות על שהותי בבידוד בית או בבידוד ממלכתי, כפי שמפורט באתר בקישור:
I, undertake to report my home isolation/quarantine or State quarantine on the following link of the Ministry of Health website: <https://govforms.gov.il/mw/forms/Houseisolation@health.gov.il>
6. אני מתחייבת כי הנסיעה משדה התעופה לדירה בה אשהה בבידוד תהיה ברכב פרטי בלבד (ולא בתחבורה ציבורית, ובכלל זאת מוניות).
I, undertake to travel from the airport to the address where I will stay in isolation, by private vehicle only (and not by public transport, including taxis).
7. אני מתחייבת למדוד חום גוף מדי יום במהלך 14 הימים, החל מיום ההגעה לישראל.
I undertake to measure my body temperature daily, during the 14 days from the date of entering the State of Israel.
8. בכל מקרה של הופעת חום מעל של 38 מעלות, שיעול, קושי בנשימה או תסמין נשימתי אחר, אני מתחייבת לדווח באופן מידי למשרד הבריאות, באמצעות מוקד מד"א, במספר טלפון 101.
In the event of a fever above 38 degrees, or coughing, or difficulty breathing or other respiratory symptoms, I undertake to report it immediately by calling the Emergency Call Center 101.

חתימה: _____
Signature of Applicant:

תאריך החתימה: _____
Date of Signature: