

מספר זהות	שם העמית

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

טוב שיש מגדל מאחוריך
www.migdal.co.il



מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

דף הנחיות לטופס 467 הגשת בקשה - תשלום פנסיית נכות (אובדן כושר עבודה)

עמית נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בבקשתך בצורה יעילה ומהירה, נודה לך אם תעביר לידינו את המסמכים המפורטים להלן.
אם הנך מעוניין שסוכן הביטוח הקבוע בפוליסה יטפל בבקשתך, יש למלא או לחתום על פסקת המיני המיועדת לכך בטופס הבקשה.

1. **פרטי העמית המבקש** - למילוי בידי העמית

2. **נספח א'** - נועד למילוי בידי העמית - יש למלא את פרטיו האישיים של העמית מבקש פנסיית הנכות ואת השאלון המצורף.

3. **נספח ב'** - נועד למילוי בידי הרופא המטפל.

4. **מסמכים שיש לצרף לבקשה**

- תצלום תעודת הזהות של העמית ושל בן/בת הזוג כולל הספח.
- טופס "הוראה לביצוע העברה בנקאית של תשלומי פנסיה" חתום על ידי בעל החשבון בצירוף המחאה מקורית מבוטלת / חתום על ידי הבנק.
- טופס הצהרה בבקשת פנסיית נכות (נספח א' לטופס).
- טופס "ויתור על סודיות רפואית" חתום, כולל סעיף "עד לחתימה" (עד לחתימה יכול להיות - עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / מורשה חתימה בבנק) (מצ"ב).
- אם הינך שכיר, יש לצרף אישור מהמעסיק על היקף המשרה ותאריך הפסקת העבודה.
- סיכום מחלה מרופא מטפל המעיד על תחילת המחלה / התאונה בגינה מוגשת הבקשה.
- סיכום אשפוז, מסמכים רפואיים וכן פרוטוקול הועדה של המוסד לביטוח לאומי באם הוגשה תביעה.
- אישורים על חופשת מחלה מרופא מומחה המטפל לתקופה רצופה.
- טופס 101 של מס הכנסה - הצהרה על הכנסות אחרות (מצ"ב). להלן הסבר תמציתי בנוגע למילוי הטופס:

מהו טופס 101?

בהתאם לתקנות מס הכנסה ומס מעסיקים חייב כל מקבל קצבה למלא טופס 101 בעת תחילת קבלת קצבה וכן בתחילת כל שנת מס.
בטופס זה נרשמים פרטי פרטיו האישיים ופרטים בדבר הכנסות נוספות המשפיעים על חישוב המס.

תשומת ליבך לחובת המילוי בחלק ה' - "פרטים על הכנסות אחרות":

1. במידה והנך מצהיר בטופס 101 כי אין לך הכנסות נוספות, ניכוי המס יחושב ע"פ מדרגות מס רגילות בקיזוז הזיכויים השונים (נקודות זיכוי וכו').
2. במידה והנך מצהיר כי יש לך הכנסה נוספת, יש לצרף אישור תאום מס, בהעדר אישור תיאום מס ינוכה מס מרבי.

**לתשומת ליבך: קיימת חשיבות רבה למילוי טופס זה, לצורך חישוב גובה הקצבה החודשית.
במידה ולא יועבר הטופס במועד - ינוכה מס מרבי מתשלום הקצבה החודשית.**

● אחר

קבלת תשלום מהמוסד לביטוח לאומי / משרד הביטחון:

במקרה בו הנכות נגרמה מפגיעה בעבודה כמוגדר בחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה 1995, או מאירוע המזכה בגמלה בהתאם לחוק הנכים (תגמולים ושיקום) התשי"ט 1959 [נוסח משולב], או מפעולות איבה כמוגדר בחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה תשל"ל 1970, יש לצרף:

1. מסמכים שהוגשו למוסד לביטוח לאומי / משרד הביטחון.
2. אישורים על תשלומי גמלה או תשלומים אחרים מהמוסד לביטוח לאומי / משרד הביטחון.

ניתן להעביר את טופס הבקשה והמסמכים הרלוונטיים למייל: makefetclaim@migdal.co.il / פקס מס' 076-8869264 או לשלוח באמצעות הדואר לכתובת המופיעה מטה עבור: תביעות פנסיה.

יש לחתום בתחתית הטופס ולהוסיף את תאריך החתימה.

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה
בברכה,
תביעות פנסיה

(05.2015)

מידע נוסף ניתן למצוא באתר www.migdal.co.il, אצל סוכן הביטוח שלך או במרכז שירות הלקוחות בטלפון 03-9201010

כתובת למשלוח דואר: מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ, ת.ד. 3778 קרית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106



0162346701060515

עמוד מספר 1 מתוך 6 דפים

קוד מסמך 623 | לשימוש פנימי - סמן X: חב 1 חב 7



שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר תכנית

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

הגשת בקשה - תשלום פנסיית נכות (אובדן כושר עבודה)

טופס מספר 467

אני מבקש בזאת, בכפוף לתקנון הקרן וליתרת הזכויות הרשומה על שמי, לקבל פנסיית נכות החל מתאריך _____ / _____ / _____ בהתאם לנתונים המפורטים
בבקשה זו ולמסמכים המצורפים.
האמור בכל ההסברים שבטופס, כפוף לתקנון קרן הפנסיה של מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ, והאמור בתקנון הוא הקובע.

נסיבות הבקשה:

מחלה תאונה:

שמירת הריון תאונה אישית תאונת עבודה מחלת מקצוע תאונת דרכים תאונת דרכים/עבודה אחר

א. פרטי העמית המבקש

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	תאריך לידה	מין
_____	_____	_____	_____	____ ____ ____ ____ ____	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
מצב משפחתי	מספר טלפון	מספר טלפון נייד	דואר אלקטרוני		
<input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג	_____	_____	_____		
עובד חברה	ישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> ק	_____	_____	_____	_____	_____

ב. הצהרות העמית

- אני מצהיר כי הפרטים שמסרתי בבקשה זו הם נכונים, מדויקים ושלמים ואני אחראי לאמיתותם ואני מתחייב להודיעכם בכתב על כל שינוי שיחול בפרטים אלה. ידוע לי כי הנהלת הקרן תהיה רשאית לבטל או לשלול את זכויותי בקרן, כולן או מקצתן, אם נמסרו פרטים בלתי נכונים ואו בלתי מדויקים שיש בהם כדי להשפיע על זכויותי בקרן.
- ידוע לי כי הקרן רשאית לדרוש מעת לעת מסמכים ואו אישורים ואו פרטים נוספים כתנאי לתשלום או להמשך תשלום פנסיה ואו אחר.
- ידוע לי כי לאחר התחלת קבלת הפנסיה, לא אוכל לשנות את בחירתי.
- אני מאשר ונותן לכם בזאת הרשאה בלתי חוזרת לאימות פרטים, שמסרתי ושאמסור לכם, במרשם האוכלוסין.
- ידוע לי כי אם יתברר בעתיד שבטעות שולמו לי תשלומים שאיני זכאי להם, אזי תהיה הקרן רשאית לבצע תיקונים ואו התאמות נדרשות וכן לקזז התשלום מתשלום הפנסיה ואו מכל סכום שיעמוד לי, לשאיירי ואו למוטביו ואו ליורשיי וזאת מבלי לגרוע מזכותה של הקרן להיפרע כדי התשלום ששולם לי בטעות, על-פי כל דין.
- ידוע לי כי הקרן רשאית לנכות מכל תשלום המגיע לי, לשאיירי ואו למוטביו ואו ליורשיי, כל חוב שלי ואו של הרשומים לעיל, לרבות יתרת הלוואות שניתנו על-ידי הקרן.
- ידוע לי כי הקרן תנכה מכל תשלום פנסיה ואו אחר המגיע לי ואו לשאיירי ואו למוטביו ואו ליורשיי, את מלוא המיסים ואו ההיטלים וכל חובת תשלום אחרת בהתאם לתקנון ולהוראות הדין כפי שיהיו מעת לעת, הנובעים ואו המוטלים על העמית ואו שאיריו ואו מוטביו ואו יורשיי בנין תשלום של הקרן אליהם.
- אני מתחייב בזאת להודיע למגדל מקפת מיידית על כל שיפור שיחול במצב בריאותי אשר יאפשר חזרתי לעבודה מלאה או חלקית באופן השונה מהמצב הרפואי על-פיו אושרה לי הפנסיה.

תאריך _____

חתימת העמית ★ _____

ג. מינוי הסוכן

הנני ממנה את סוכן הביטוח מר/גב' _____ לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לבקשה זו ובכלל זאת להגיש למגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ולקבל ממגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ את כל ההתכתבויות ואו המידע ואו המסמכים הקשורים לבקשה ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לבקשה זו בלבד.

שם פרטי ומשפחה _____

תאריך _____

חתימת העמית ★ _____

ד. הסכמה לשימוש בדוא"ל

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ואו תכניות הפנסיה שבניהול מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ("החברה"), נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר לעמית ואו לזכאים אחרים מידע ואו מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ואו המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל שגרשמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.

שם פרטי ומשפחה _____

תאריך _____

מס' זהות _____

חתימת העמית ★ _____



מספר זהות	שם															
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																
מספר תכנית																



נספח א' - למילוי בידי העמית

שאלון לעמית מבקש פנסיית הנכות

הנך מתבקש לענות בכתב על כל השאלות שלהלן:

1. מועד הפסקת העבודה כתוצאה מהתאונה או המחלה (גם אם שולמו ימי מחלה מאותו מועד) ____ / ____ / ____ .

2. האם שינית מקצוע או משלחיד מאז הצטרפותך לקרן הפנסיה, אם כן, נא מסור פרטים על השינוי: _____

3. האם הנכות נגרמה כתוצאה מתאונה או מחלה? פרט: _____

4. פרט את מהלך הסיבות והתוצאות של התאונה / המחלה. במקרה של תאונה - האם מדובר בתאונת עבודה? _____

5. במקרה של תאונה, מתי קרתה? במקרה של מחלה - מתי הופיעו לראשונה סימנים למחלה: _____

6. מי הם הרופאים והמוסדות הרפואיים שמהם קיבלת טיפול בקשר לנכות זו? _____

7. מסור פרטים מדויקים על עיסוקך ותפקידך בעבודתך ערב קרות אירוע הנכות:

7.1 עיסוקך ותפקידך _____

7.2 מספר שנים בהן היית בעיסוקך / תפקידך הנ"ל _____

8. האם שבת למקום עבודתך או לעיסוקך מאז קרות אירוע הנכות ואם כן מתי? _____

9. פרט השכלה, הכשרות תעסוקתית, לימודים ועוד: _____

10. האם הנך מסוגל לעבודה כלשהי? אם כן איזו? _____

11. האם הנך עובד כעת בעבודה כלשהי למען שכר או תגמול? אם כן מהי ומה הכנסתך החודשית? _____

12. האם הנך נוהג ובעל רישיון בתוקף? _____

--

חתימת
העמית ★

<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																

מספר
זהות

--

שם פרטי
ומשפחה

<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																			

תאריך

(05.2015)



שם	מספר זהות
מספר טלפון נייד	מספר תכנית



הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

הוראה לביצוע העברה בנקאית של תשלומי פנסיה

לכבוד

שם הבנק	מספר סניף	כתובת הסניף (רחוב)	מספר בית	ישוב	מיקוד

פרטי חשבון הבנק לתשלום הפנסיה

מספר חשבון בנק	שם בעלי החשבון	שם בנק	שם סניף	מספר סניף

נכבדי,

הואיל ומגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ משלמת / תשלם לי מידי חודש בחודשו פנסיה חודשית, אשר נזקפת / תיזקף עלייכם, לפי בקשתך, לזכות חשבוני אצלכם, אני נותן לכם בזה, לפי בקשת הקרן, הוראה מוחלטת ובלתי חוזרת, להחזיר לקרן לפי דרישתה הראשונה כל סכום שיועבר עלייך לחשבוני שלא כדון ומבלי שהיתה לי זכות לסכום זה, בהתאם לקביעת הקרן ומבלי שייפגעו זכויותי כאמור להלן, וזאת כל עוד מצב חשבוני יאפשר לי זאת ואו לא תהיה כל מניעה חוקית לביצוע הוראתי זו.

ידוע לי שאוכל להורות לבן משפחה לפעול מטעמי בחשבון לאחר תיאום הנושא עם הקרן.

הוראותי הנ"ל אינן ניתנות לכל שינוי או לביטול בלי הסכמת הקרן מראש ובכתב, והן יישארו בתוקפן גם אחרי שזכותי לפנסיה תפוג לחלוטין.

למען הסר ספק, ומבלי לגרוע בהחלטיות הוראותי הנ"ל, מוצהר בזה שאין לראות בהוראה זו שום ויתור או מחילה על זכות כלשהי המגיעה לי /ואו לזכאים מכוח זכותי על-פי תקנון הקרן, וכי הוראה זו ניתנת כדי לאפשר לקרן להחזיר לעצמה כספים ששילמה לי מבלי שהייתי זכאי להם על-פי תקנונה, בהתאם לקביעתה וזאת מבלי לגרוע מזכותה לפעול בכל הליך אחר להשבת סכומים ששולמו עלייך בידך.

הוראתי זו כוחה יפה רק לגבי כספים שהועברו לחשבוני עלייך הקרן, ובשום מקרה אין לנהוג לפיה לגבי סכום גבוה יותר מסך הסכומים שהועברו עלייך הקרן.

חתימת
העמית ★

תאריך

לצורך תשלום לחשבון הבנק הנ"ל יש לצרף המחאה מקורית מבוטלת או להחתים את הבנק על האישור מטה

אישור הבנק

נא לחתום על המקור וההעתק ולהחזירם לקרן

מספר
זהות

מתנהל
על-שם
העמית

אנו מאשרים כי
החשבון שמספרו

חתימה
הסניף ★

תאריך





שם הסוכן	מספר הרישוי
שם המפקח	מספר תכנית

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

ויתור על סודיות רפואית וכללית

א. פרטי המצהיר והצהרת ויתור סודיות

אני הח"מ: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם האב	שם פרטי				שם משפחה		מספר זהות
מספר טלפון	מיקוד	ת"ד	מס' דירה	מס' בית	רחוב	יישוב	

אני הח"מ, נותן בזה רשות לקופת החולים או לכל מוסד רפואי אחר ו/או בתי חולים כלליים ו/או פסיכאטרים ו/או משרד הביטחון ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או חברות ביטוח ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או לכל עובדיהם ו/או מי מטעמם (להלן "המוסדות") למסור למגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או למי מטעמם ו/או לבאי כוחן (להלן "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובצורה שתידרש ע"י המבקש המצויים בידי המוסדות, על מצב בריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שאחלה / שחליתי / שאני חולה בה, ואני משחרר בזה את כל המוסדות ו/או עובדיהם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או מחלותיי כנ"ל, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ"ל.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כן אני מייפה את המבקש לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

שם קופ"ח	סניף	מספר חבר	שם המוסד

שמות נותני השירותים

רופאים	1.	2.	3.	4.
מכונים ומעבדות	1.	2.	3.	4.

שם קופ"ח קודמת

--

ב. חתימת אפוטרופוס - במקרה של קטין

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	קרבה	כתובת	חתימת האפוטרופוס
					★
					★

ג. עד לחתימה

עד לחתימה יכול להיות - עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / מורשה חתימה בבנק

תאריך	שם העד לחתימה	מספר זהות	חתימת העד ★

ד. חתימת העמית

תאריך	מספר זהות	חתימת העמית ★



שם הסוכן	מספר הרישוי
שם המפקח	מספר תכנית



מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

נספח ב - שאלון לרופא

למילוי בידי רופא מקצועי מטפל

חלק זה ימלא על ידי רופא מקצועי המטפל בעמית, ובהיעדר רופא מקצועי מטפל, ימלא על-ידי רופא משפחה/ילדים.

רופא נכבד,

על מנת להקל על הטיפול בפניית העמית, אנא ענה על כל השאלות שלהלן.

א. פרטי הרופא המקצועי המטפל / רופא משפחה

שם משפחה	שם פרטי	התמחות		מספר טלפון במרפאה	מספר טלפון נייד
ישוב	רחוב	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד
					מספר פקס

ב. פרטי העמית

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי

ג. פרטים על מצבו הבריאותי של העמית

1. נא פרט מהן הבעיות הרפואיות מהן סובל העמית: _____

2. נא פרט מהן הבעיות הרפואיות בעקבותיהן מצוי העמית באובדן כושר העבודה: _____

3. התלונות / הסימנים לבעיות רפואיות אלו החלו בתאריך: _____

4. נא פרט היסטוריה רפואית / בדיקות רפואיות הקשורות לבעיה הנוכחית: _____

5. מצבו הבריאותי הנוכחי של העמית: החלים הורע ללא שינוי, נא פרט: _____

ד. פרטים על כושר עבודתו של העמית

1. העמית נמצא באובדן כושר עבודה מתאריך _____ ועד לתאריך _____

2. באיזה תאריך חזר או יהיה מסוגל לחזור לעבודתו _____ באיזה היקף משרה _____

3. ציין פרטים נוספים בקשר לאובדן כושר העבודה, אם ישנם: _____

חתימת
הרופא
המטפל ★

תאריך





כרטיס עובד (1)

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"י"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 מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ	כתובת ת"ד 3778, קרית אריה, פתח תקווה מיקוד 4951106	מספר טלפון 03-9201010	מספר תיק ניכויים 3, 5, 9, 6, 7, 8, 5, 1
--	--	-----------------------	---

ב. פרטי העובד / ת (יש לצרף צילום תעודת זהות)

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך עליה	תאריך לידה
כתובת פרטית		מספר	מיקוד	מספר טלפון
מין	מצב משפחתי	רווק/ה <input type="checkbox"/>	נשוי/אה <input type="checkbox"/>	חבר בקופת חולים <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> אלמן/ה	<input type="checkbox"/> פרוד/ה	<input type="checkbox"/> רווק/ה	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם הקופה _____

ג. פרטים על ילדי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה

ד. פרטים על הכנסותי ממעביד זה

סמנ/י √ ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך

שם	מספר זהות	תאריך לידה	1	2

אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)

משכורת חודש (2)

משכורת בעד משרה נוספת (3)

משכורת חלקית (4)

שכר עבודה (עובד יומי) (5)

קצבה (6)

מלגה (1)

תאריך תחילה העבודה (1) בשנת המס _____

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 - נא סמנ/י:

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

אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להם 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 בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת (10)

(*) חובה לצרף אישור מהמוסד לביטוח לאומי, למעט במקרה של אישה נשואה ואלמן/ה

ו. פרטים על בן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
<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	פרטים	תאריך ההודעה	חתימת העובד/ת

ע"י החטיבה לארגון ומערכות מידע (מערב) ל - 02.2013

ה. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות (סמך י/√ בריבוע המתאים)

1 אני תושב/ת ישראל.

2 אני נכה 100% / עיוור/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94.

3 אני תושב/ת קבועה/ בישוב מיוחד/באיזור פיתוח מתאריך _____ . אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312.א.

4 אני עולה חדשה/ תושב/ת חוזר/ת מתאריך _____ .
לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____ .
מי שה יתה לו הכנסה או שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תכנונים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה.
לתושב/ת חוזר/ת - חובה לצרף אישור משרד הקליטה (תעודת "תושב חוזר" מעל 6 שנים).

5 בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס.
(רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיעה/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוור/ת)

6 אני הורה החי בנפרד ומבקש נקודת זיכוי עבור ילדי, הנמצאים בחזקתי (בהתאם לסעיף 7 להלן)

7 בגין ילדי שבחזקתי (ימולא רק ע"י גבר החי בנפרד או ע"י אשה) המפורטים בחלק ג.
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 18 שנים בשנת המס
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד חמש שנים בשנת המס מספר ילדים אחרים שטרם מלאו להם 19 שנים

8 בגין ילדי הפעוטים (ימולא ע"י גבר [למעט גבר אשר סימן בפסקה 7 לעיל], אשה החיה בנפרד וילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד⁽¹¹⁾)
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 3 שנים בשנת המס
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת ו/או שנתיים בשנת המס

9 אני הורה יחיד⁽¹¹⁾ לילדים שבחזקתי (המפורטים בסעיפים 7 ו- 8 לעיל)

10 בגין ילדי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם.

11 בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר (ימולא ע"י מי שנישא בשנית) (מצורף פסק דין).

12 מלאו לי 16 שנים וטרם מלאו לי 18 שנים.

13 אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____ . מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.

14 בגין סיום לימודים לתואר אקדמי או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמך י/√ בריבוע המתאים)

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.

2 יש לי הכנסות נוספות ממשכורת/קיצבה/מילגה (ממכון מחקר) כמפורט להלן:

המס שנוכה	הכנסה חודשית	סוג ההכנסה (משכורת/קיצבה/מילגה/אחר)	ה מעביד / משלם הקיצבה / מקור אחר		
			שם	כתובת	מספר תיק ניכויים
					9
					9
					9

3 פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.

י. הצהרה

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

_____ תאריך
_____ חתימת המבקש/ת

דברי הסבר למילוי טופס 0101

- "עובד" לרבות מקבל קיצבה ולרבות חוקר במכון מחקר או מכון מחקר תורני. "מעביד" לרבות משלם קיצבה ולרבות מכון מחקר קיצבה. "עבודה" לרבות קבלת קיצבה. "מילגה" לחוקר בתקופת לימודיו במכון מחקר או מכון מחקר תורני.
- משכורת חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש ויותר מ- 5 שעות בכל יום.
- משכורת נוספת - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש ויותר מ- 5 שעות בכל יום, נוסף למשכורת חודש ו/או בנוסף לקיצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת נוספת".
- משכורת חלקית - משכורת בעד עבודה במשך 5 שעות או פחות בכל יום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ-5 שעות ביום אך לא יותר מ-8 שעות בשבוע. ממשכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- שכר עבודה - משכורת בעד עבודה של יותר מ- 5 שעות ביום אך פחות מ- 18 יום בחודש. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- קיצבה - מקיצבה שהיא הכנסה יחידה ינוכה מס לפי לוח הניכויים. אם יש הכנסות נוספות - ינוכה מס בשיעור מירבי או על-פי תיאום מס מפקיד השומה.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- אם העובד מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקיצבה/לאבדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפי"ש.
- הורה יחיד - שההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.