



בקשה לקביעת אחוזי נכות לצורך פטור ממסים

עפ"י תקנות מס הכנסה (קביעת אחוז נכות) תש"ם - 1979

יש לסמן בריבוע המתאים

אני הח"מ מבקש/ת לעבור בדיקה של ועדה רפואית לצורך קבלת פטור/הנחה ממסים, ואני מבקש/ת לקבוע לי את אחוזי הנכות עפ"י התקנות הנ"ל.

1. פרטי המבקש/ת

| | | | | |
|------------------------------|----------------------------------|--|------------|-----------|
| שם פרטי | שם משפחה | מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה | תאריך לידה | מספר זהות |
| כתובת מגורים | כתובת למשלוח דואר | מספר טלפון נייד | | |
| הרחוב מספר הבית היישוב מיקוד | הרחוב מספר הבית ת"ד היישוב מיקוד | <input type="checkbox"/> מאשר/ת קבלת SMS | | |
| כתובת דואר אלקטרוני | מספר טלפון בבית | מספר טלפון בעבודה | | |

2. הליקויים ו/או הפגמות לגביהם אני מבקש/ת בדיקה ע"י הועדה (אם המקום אינו מספיק, ניתן לצרף דף נוסף) אי פירוט ליקוי או פגימה וכן העדר מסמכים רפואיים עלולים לגרום לאי קביעת אחוזי נכות בגין הליקוי או הפגם.

| פירוט הליקויים ו/או המחלות | מסמך/תיעוד רפואי הקשור לליקוי המצורף בזה |
|----------------------------|--|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |
| 7. | |
| 8. | |

3. נקבעו לי אחוזי נכות עפ"י אחד החוקים שלהלן

רצ"ב: אישור עדכני פרוטוקול הוועדה הרפואית. (הפרוטוקול מהווה תיעוד רפואי אך הקביעות אינן מחייבות את הוועדה הנ"ל).

| חוק | בשיעור | מתאריך | עד תאריך |
|--|--------|--------|----------|
| <input type="checkbox"/> חוק הנכים (תגמולים ושיקום) | % | | |
| <input type="checkbox"/> חוק נכי מלחמה בנאצים | % | | |
| <input type="checkbox"/> חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה | % | | |
| <input type="checkbox"/> חוק הביטוח הלאומי - נכות כללית, ו/או נפגעי עבודה ו/או מתנדבים | % | | |
| <input type="checkbox"/> חוק לפיצוי נפגעי גזת, התשנ"ד - 1994 | % | | |

4. נוכחות בוועדה הרפואית

אני מסכים/ה שהוועדה הרפואית תקבע ללא נוכחותי את אחוזי הנכות המגיעים לי, על סמך המסמכים הרפואיים שהגשתי

6. הצהרה

6. מסמכים מצורפים

| | |
|--|--|
| <p>אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים וכי ידועים לי הוראות החוק והעונשים על אי הצהרת אמת</p> <p>תאריך _____ שם _____ חתימה _____</p> | <p><input type="checkbox"/> טופס 169-ב המהווה כתב ויתור על סודיות רפואית.</p> <p><input type="checkbox"/> קבלה על תשלום הוצאות המוסד לביטוח לאומי.</p> |
|--|--|

לשימוש המשרד בלבד

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי סניף _____

הנני מפנה אליכם את הנ"ל לבדיקה ע"י ועדה רפואית של מוסדכם, לקביעת אחוז נכותו עפ"י תקנות מס הכנסה (קביעת אחוז נכות) תש"ם - 1979.

בכבוד רב,

| | | | |
|-------|----|-------|-------|
| תאריך | שם | תפקיד | חתימה |
|-------|----|-------|-------|