רשות המסים בישראל

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

סניף _____

קביעת אחוזי נכות לצרכי מס הכנסה

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

אני הח"מ מבקש/ת לעבור בדיקה של ועדה רפואית לצורך קבלת פטור/הנחה ממס הכנסה, ואני מבקש/ת לקבוע לי את אחוזי הנכות כחוק.

פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות

תאריך לידה	❑ זכר ❑ נקבה	פרטי קופת החולים בה את/ה חבר

כתובת מגורים			מספרי טלפון	
היישוב	הרחוב	מספר הבית	בבית	במקום העבודה/בעסק

הליקויים והפגימות לגביהם אני מבקש/ת בדיקה ע"י הועדה

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

אני מצרף/ת מסמכים רפואיים לגבי הליקויים והפגימות שפרטתי לעיל ושני העתקים מטופס 0169/ב המהווים כתב ויתור על סודיות רפואית.

בדיקות בעבר

❑ לא נבדקתי בעבר ע"י ועדה רפואית של המוסד לביטוח לאומי.

❑ נבדקתי בעבר ע"י ועדה רפואית של המוסד לביטוח לאומי. תאריך הבדיקה: __ __ __ __ __ __ __ __

מטרת הבדיקה: _____

הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים
וכי ידועים לי הוראות החוק והעונשים על אי הצהרת אמת.

תאריך	שם	חתימה