



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	ת"ד	היישוב	מיקוד
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
-------	----	-------	-------