



לכבוד:

פקיד השומה

בקשה לפטור ממס

עפ"י סעיף 9 (5) לפקודת מס הכנסה

פרטי המבקש/ת

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
כתובת		מספר טלפון

א. אבקש לזמן אותי לוועדה רפואית לצורך קביעת אחוזי נכות מהסיבות הבאות:

זאת פנייתי הראשונה. עברתי ועדה רפואית בתאריך _____.

ב. נקבעו לי אחוזי נכות עפ"י (רצ"ב אישור ופרוטוקול הוועדה הרפואית):

<input type="checkbox"/> חוק הנכים (תגמולים ושיקום)	בשיעור % _____	מתאריך _____
<input type="checkbox"/> חוק נכי מלחמה בנאצים	בשיעור % _____	מתאריך _____
<input type="checkbox"/> חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה	בשיעור % _____	מתאריך _____
<input type="checkbox"/> חוק הביטוח הלאומי (פרקים ג, 21, 2ט)	בשיעור % _____	מתאריך _____

ג. פרטים לגבי הכנסותי החייבות במס לתקופה בה מבוקש הפטור (יש לרשום את סוג ההכנסה - משכורת, עסק, קצבאות, שכר דירה וכד'): _____

משכורת - שם המעביד _____ מספר תיק ניכויים _____

קצבה - שם המעביד _____ מספר תיק ניכויים _____

עסק

שכ"ד

הכנסות אחרות, פרט/י _____

ד. הצהרה

- א. ידוע לי כי ניתן לדרוש החזרי מס רטרואקטיבית שש שנים אחורה או תקופה קצרה יותר, לפי הפקודה.
- ב. הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים ומדויקים וידוע לי כי אני צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן.

_____ חתימה

_____ תאריך