



**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 הבית	ת"ד	מספר טלפון נייד
הרחוב	הרחוב	מיקוד	היישוב	<input type="checkbox"/> מאשר/ת קבלת SMS
מספר הבית	מספר הבית	מיקוד	היישוב	מספר טלפון בעבודה
מספר הבית	מספר הבית	מיקוד	היישוב	מספר טלפון בבית
מספר הבית	מספר הבית	מיקוד	היישוב	מספר טלפון בעבודה

**2. הליקויים ו/או הפגימות לגביהם אני מבקש/ת בדיקה ע"י הוועדה** (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 דלהלן**

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. מסמכים מצורפים 6. הצהרה**

<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>	<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>
--	--

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,**