



בקשה לקביעת אחוזי נכות לצורך פטור ממסים

עפ"י תקנות מס הכנסה (קביעת אחוז נכות), התש"ס - 1979

יש לסמן בריבוע המתאים

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

1. פרטי המבקש

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	מאשר קבלת SMS		
כתובת דואר אלקטרוני	מספר טלפון בבית	מספר טלפון בעבודה		

2. הליקויים ו/או הפגיונות לגביהם אני מבקש/ת בדיקה ע"י הוועדה (אם המקום אינו מספיק, ניתן לצרף דף נוסף)

לידיעתך: אי פירוט ליקוי או פגיומה וכן העדר מסמכים רפואיים עלולים לגרום לאי קביעת אחוזי נכות בגין הליקוי או הפגם.

פירוט הליקויים ו/או המחלות	מתאריך (שנה, חודש)	האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?	האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?	האם צורך ממסך רפואי? *
1. בעיה נפשית (מקבל טיפול)	/	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
2. הפרעות בבלוטת התריס	/	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
3. יתר לחץ דם	/	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
4. ליקוי שכלי	/	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
5. ליקוי שמיעה	/	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
6. ליקויי ראייה ומחלת עיניים - האם קיבלת תעודת עיוור ממשדד הווחה - השירות לעיוור <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	/	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
7. מחלה אורטופדית (גפיים עיוניות ותחתונות, גב, צוואר, דלקת פרקים)	/	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
8. מחלות בתחום נייורולוגי (כולל אלצהיימר, פרקינסון, אפילפסיה ואירוע מוחי)	/	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
9. מחלות דרכי עיכול (כולל קיבה ומעינים)	/	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
10. מחלת כבד (כולל צהבת)	/	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
11. מחלת כליות (כולל דיאליזה)	/	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
12. מחלת לב	/	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
13. מחלת עור	/	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
14. מחלת ריאות (כולל אסטמה)	/	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
15. סכרת	/	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
16. סרטן (כולל לימפמה ולוקמיה)	/	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
17. אחר _____	/	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
18. אחר _____	/	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
19. אחר _____	/	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
20. אחר _____	/	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

נא סמן/י האם עברת אחת או יותר מהבדיקות המפורטות להלן בשנתיים האחרונות (אם כן, נא צרף/י את תוצאות הבדיקות):
 אקו לב EMG CT (טומוגרפיה ממוחשבת) MRI (תהודה מגנטית) תפקוד ראות צנתור אנדוסקופיה

הסכמה לקביעת הנכות ע"י הרופא ללא נוכחות

אני מסכים בזאת, שרופא יקבע לי את אחוזי הנכות הרפואית, ע"פ מסמכים בלבד ובלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שאף שנתתי את הסכמתי לכך, ייתכן שיהיה עליי להגיע לבדיקה, אם הרופא ידרוש זאת. חתימת התובע _____

* בנכות מכח אחד הסעיפים חשוב יהיה לדרוש מסמכים ופרוטוקולים

3א. 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 המלחמה בנאצים	%		
<input type="checkbox"/> חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה	%		
<input type="checkbox"/> חוק הביטוח הלאומי - נכות כללית ו/או נפגעי עבודה (לרבות מתנדבים)	%		
<input type="checkbox"/> חוק לפיצוי נפגעי גזת	%		

3ב. להלן פירוט סעיפי הליקוי בהם נקבעו לי אחוזי נכות ע"י הוועדה מכח אחד החוקים המפורטים בסעיף 3א (אם המקום אינו מספיק, ניתן לצרף דף נוסף לידעיתך): אי פירוט ליקוי או פגימה וכן העדר מסמכים רפואיים עלולים לגרום לאי קביעת אחוזי נכות בגין הליקוי או הפגם.

פירוט הליקויים ו/או המחלות	מתאריך (שנה, חודש)	עד תאריך (שנה, חודש)	ס' ליקוי
<input type="checkbox"/> 1. בעיה נפשית (מקבל טיפול)	/	/	
<input type="checkbox"/> 2. הפרעות בבלוטת התריס	/	/	
<input type="checkbox"/> 3. יתר לחץ דם	/	/	
<input type="checkbox"/> 4. ליקוי שכלי	/	/	
<input type="checkbox"/> 5. ליקוי שמיעה	/	/	
<input type="checkbox"/> 6. ליקויי ראייה ומחלת עיניים - האם קיבלת תעודת עיוור ממשדך הנוחה - השירות לעיוור <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	/	/	
<input type="checkbox"/> 7. מחלה אורטופדית (גפיים עיוניות ותחתונות, גב, צוואר, דלקת פרקים)	/	/	
<input type="checkbox"/> 8. מחלות בתחום ניורולוגי (כולל אלצהיימר, פרקינסון, אפילפסיה ואירוע מוחי)	/	/	
<input type="checkbox"/> 9. מחלות דרכי עיכול (כולל קיבה ומעיים)	/	/	
<input type="checkbox"/> 10. מחלת כבד (כולל צהבת)	/	/	
<input type="checkbox"/> 11. מחלת כליות (כולל דיאליזה)	/	/	
<input type="checkbox"/> 12. מחלת לב	/	/	
<input type="checkbox"/> 13. מחלת עור	/	/	
<input type="checkbox"/> 14. מחלת ריאות (כולל אסטמה)	/	/	
<input type="checkbox"/> 15. סכרת	/	/	
<input type="checkbox"/> 16. סרטן (כולל לימפמה ולוקמיה)	/	/	
<input type="checkbox"/> 17. אחר _____	/	/	
<input type="checkbox"/> 18. אחר _____	/	/	
<input type="checkbox"/> 19. אחר _____	/	/	
<input type="checkbox"/> 20. אחר _____	/	/	

נא סמן/י האם עברת אחת או יותר מהבדיקות המפורטות להלן בשנתיים האחרונות (אם כן, נא צרף/י את תוצאות הבדיקות):
 אקו לב EMG CT (טומוגרפיה ממוחשבת) MRI (תהודה מגנטית) תפקוד ראות צנתור אנדוסקופיה

הסכמה לקביעת הנכות ע"י הרופא ללא נוכחות

אני מסכים בזאת, שרופא יקבע לי את אחוזי הנכות הרפואית, ע"פ מסמכים בלבד ובלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שאף שנתתי את הסכמתי לכך, ייתכן שיהיה עליי להגיע לבדיקה, אם הרופא ידרוש זאת.

חתימת התובע _____

4. נוכחות בוועדה הרפואית

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

7. הצהרה

אני מצהיר כי הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים ומלאים וכי ידועים לי הוראות החוק והעונשים על אי הצהרת אמת

תאריך _____ שם _____ חתימה _____

6.

מובהר בזאת כי יש להגיש את כל המסמכים הרפואיים ולציין כל סעיפי הליקוי בטופס. לא יתקבלו מסמכים רפואיים נוספים לאחר הגשת הבקשה.

5. מסמכים מצורפים

טופס 169/ב המהווה כתב ויתור על סודיות רפואית.
 קבלה על תשלום הוצאות המוסד לביטוח לאומי.

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), התש"ם - 1979.

בכבוד רב

תאריך _____ שם _____ תפקיד _____ חתימה _____