



לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

סניף _____

קביעת אחוזי נכות לצרכי מס הכנסה

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

מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	
_____	_____	זכר <input type="checkbox"/>	תאריך לידה _____
פרטי קופת החולים בה את/ה חבר		נקבה <input type="checkbox"/>	_____
מספרי טלפון		כתובת מגורים	
במקום העבודה/בעסק	בבית	מספר הבית	הרחוב היישוב

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

<input type="checkbox"/> לא נבדקתי בעבר ע"י ועדה רפואית של המוסד לביטוח לאומי.
<input type="checkbox"/> נבדקתי בעבר ע"י ועדה רפואית של המוסד לביטוח לאומי. תאריך הבדיקה: _____
מטרת הבדיקה: _____

ה צ ה ר ה

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

חתימה	שם	תאריך
_____	_____	_____