



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