



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):

☐ חוק הנכים (תגמולים ושיקום)	בשיעור %	מתאריך
☐ חוק נכי מלחמה בנאצים	בשיעור %	מתאריך
☐ חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה	בשיעור %	מתאריך
☐ חוק הביטוח הלאומי (פרקים ג, 21, 22)	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