

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

את הטופס יש להעביר למחלקת תביעות פנסיה באמצעות אחת הדרכים הבאות:

■ כתובת מייל: dimottpds@harel-ins.co.il

■ מספר פקס: 03-7348575

■ כתובת דואר: בית הראל, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802

ניתן לוודא את קבלת הפקס/מייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטלפון: 1-700-70-28-70

לתשומת לבך, באפשרותך לקבל סיוע במילוי והגשת מסמכי תביעה בתיאום פגישה מראש בטלפון *6416 בימים א'-ה', בין השעות 08:00-14:00

פרטי העמית	
שם משפחה	שם פרטי
מס' ת.זהות	תאריך לידה
רחוב	מס' דירה
מיקוד	מס' בית
טלפון	טלפון נייד
דואר אלקטרוני	Email

ב קבלת עדכון בדבר סטאטוס הטיפול בתביעתי (ניתן לסמן אפשרות אחת בלבד)

הריני מבקש לקבל עדכונים אודות סטטוס הטיפול בתביעתי באמצעות:

דואר אלקטרוני

דואר לכתובת מגוריי

ג בקשה להמשך קבלת קצבת נכות

אני החתום מטה מבקש להגיש תביעת המשך לקצבת נכות, הסיבה להמשך אי כושר עבודה:

.....

.....

.....

האם הנך עובד כיום? כן לא.

במידה וחזרת לעבוד נא ציין את המועד: /..... /..... ואת היקף המשרה באחוזים: %.....

ד מצ"ב המסמכים הבאים

תעודות רפואיות המעידות על פגיעה בכושרו של העמית לעבוד ועל שיעור הפגיעה וכן כל תיעוד רפואי רלוונטי.

ה נכה המשתכר מעבודה (תשלום בגין ימי מחלה אינו נחשב להכנסה מעבודה)

האם הנך משתכר מעבודה / מעסק ומשלח יד / מדמי אבטלה / מ"מקור אחר" (הכנסה מ"מקור אחר" כוללת את הגורמים המפורטים בסעיף ה' כן לא

ככל שתשובתך חיובית, יש לפרט את כל מקורות ההכנסה הנוספים:

ולצורך:

שכיר - טופס הצהרת מעסיק בגין השתכרות ממועד האירוע ועד היום, המצורף לערכה זו.
עצמאי - אישור פקיד שומה אודות גובה ההכנסה החל מהשנה שקדמה לאירוע ועד היום.

ו מידע לעמית

1. בחתימתך, הנך מאשר כי כל המידע שמסרת במסמך זה הינו נכון ומדויק. שים לב, כי ככל שהמידע האמור אינו נכון או מדויק, עלולה להיות לכך השפעה על זכאותך לתשלומי פנסיה ו/או חיובך בהחזר כספים שקיבלת מהקרן.
2. אם יתברר בעתיד כי שולמו לך תשלומים שאינם זכאי להם, תהא הקרן רשאית לבצע תיקונים/התאמות וכן לקזז את התשלום מתשלומי הפנסיה/מיתרתך הצבורה, לרבות קבלת החזר מהבנק לאחר פטירתך. לידיעתך, הוראה זו הינה בלתי חוזרת ולא תהא לך רשות לבטלה או לשנותה, וכוחה יהיה יפה גם לאחר פטירתך והיא תחייב גם את יורשך, את אפוטרופוסך ומנהל עזבונו.
3. לידיעתך, עליך להודיע לקרן על כל שינוי במצבך הרפואי אשר יש בו כדי להשפיע על כושרך לעבוד. כמו כן, הקרן רשאית לפנות אליך מעת לעת לצורך קבלת מסמכים בנוגע להמשך זכאותך לקבלת קצבת נכות מהקרן.
4. ככל והנך זכאי לקבלת קצבת נכות במהלך 24 חודשים שקדמו למועד פרישתך ו/או לגיל תום הביטוח, לא תהיה רשאי לבחור בתקופת תשלומים מובטחים בעת פרישתך לזיקנה.
5. עליך להודיע לקרן אם תקבל תשלום פנסיה מקרן פנסיה מקיפה אחרת בגין אותה הכנסה מבוטחת.
6. לתשומת לבך, ככל שתשהה מחוץ לישראל לתקופה רצופה העולה על שישה חודשים, יהיה עליך להמציא לקרן הפנסיה פרטים ליצירת קשר עמך בתקופת שהותך מחוץ לישראל, וכן להמציא לקרן הפנסיה "אישור חיים" אחת לחצי שנה עד שנה, בהתאם לדרישת הקרן, כל עוד תשהה מחוץ לישראל וזאת לצורך בדיקת זכאותך להמשך קבלת קצבה.
7. יובהר, כי אי המצאת אישור חיים כאמור, תביא להפסקה בתשלומי הקצבאות, בהתאם להוראות ההסדר התחיקתי.

התנאים המלאים הינם התנאים המפורטים בתקנון הקרן וככל שישנה סתירה בין האמור בתקנון לבין האמור במסמך זה, יחולו הוראות תקנון הקרן.



חתימה:

תאריך:

מדיניות הפרטיות של קבוצת הראל זמינה עבורך באתר האינטרנט של החברה www.harel-group.co.il



dt15504

הצהרת מעסיק בגין השתכרות בתקופת נכות בקרן הפנסיה - הראל פנסיה ו/או הראל פנסיה כללית

לתשומת ליבך, יש למלא טופס זה במקרה שהנך משתכר
מעבודה בתקופת הנכות

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

את הטופס יש להעביר למחלקת תביעות פנסיה באמצעות אחת הדרכים הבאות:
כתובת מייל: dimottpds@harel-ins.co.il

מס' פקס: 03-7348575

כתובת דואר: בית הראל, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802

ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטלפון: 1-700-70-28-70

לתשומת ליבך, באפשרותך לקבל סיוע במילוי והגשת מסמכי תביעה בתיאום פגישה מראש בטלפון *6416 בימים א'-ה', בין השעות 08:00-14:00.


א פרטי העמית

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.

ב פרטי המעסיק

שם המעסיק/מקום העבודה	חודש שכר	הכנסה ברוטו	שווי מחלה ששולמה בש"ח (מתוך הכנסה ברוטו)

ג פרטי איש הקשר ממחלקת שכר

שם	טלפון
חתימה וחותמת:  תאריך:/../	



הוראות מילוי כרטיס עובד (101)

מצ"ב הוראות למילוי כרטיס עובד + פירוט מסמכים רלוונטיים שנדרש לצרף. לתשומת לבך, נדרש להמציא כרטיס עובד (טופס 101) ממועד קבלת הקצבה לראשונה וכן בתחילת כל שנת מס. לידעתך, אי קבלת כל המסמכים הנדרשים (כמפורט מטה) עשויה להביא לניכוי דמי ביטוח לאומי ומס הכנסה בשיעורים המקסימליים הקבועים בחוק.

הסבר לעמוד הראשון		
כותרת	שנת מס	יש לציין את שנת המס, ולמלא בגין כל שנת מס - החל משנת המס בה חל אובדן כושר עבודה ועד שנת המס הנוכחית.
סעיף א'	פרטי מעביד	הנתונים מלאים, שם קרן הפנסיה ומספר תיק הניכויים.
סעיף ב'	פרטי עובד	יש למלא פרטים חסרים ו/או לעדכן פרטים קיימים - במידה וישנם שינויים יש לצרף צילום ת.ז. כולל ספח מעודכן - חובה לדווח על כל שינוי שחל בטופס 101.
סעיף ג'	פרטים על ילדים	1. יש למלא במידה ויש לך ילדים שטרם מלאו להם 19 שנה. 2. יש למלא האם הילדים בחזקתך. 3. יש למלא האם הינך מקבל קצבת ילדים מביטוח לאומי.
סעיף ד'	פרטים על הכנסות ממעביד זה	יש לסמן "קצבה".
סעיף ה'	פרטים על הכנסות אחרות	נא לסמן אם יש או אין הכנסות נוספות. יש למלא כל הכנסה למעט קצבאות זיקנה, שאירים ו/או נכות, תלויים, נידות המשולמות ע"י המוסד לביטוח לאומי - או/ו קצבת נכות, קצבת הורים שכולים ממשד הביטחון, קצבאות אלו אינן נחשבות כהכנסה נוספת ואותן אין צורך לציין בסעיף זה. במידה וצינת שיש לך הכנסות נוספות, יש לצרף תיאום מס הכנסה. במידה והנך עצמאי הממלא דוח שנתי לרשויות המס נא סמן "ממקור אחר" וציין עצמאי, וצרף העתק משומה אחרונה.
סעיף ו'	פרטים על בן/בת זוג	יש למלא פרטי בן/בת הזוג והצהר/י על הכנסותיו/ה.
סעיף ז'	שינויים במהלך השנה	יש למלא במקרה והיו שינויים בנתוניך האישיים (לדוג': מצב משפחתי, מצב הכנסות, כתובת וכו'). במידה והיו שינויים יש לצרף צילום ת.ז. כולל ספח מעודכן.

הסבר לעמוד השני		
סעיף ח'	סיבות לפטור / זיכוי	יש לסמן ב-X את הסעיפים הרלוונטיים ולצרף אישור בהתאם להנחיות בסעיף הרלוונטי בטופס.
סעיף ט'	בקשה לתיאום מס	מותנה בצירוף של אישור תיאום מס מפקיד שומה.
סעיף י'	הצהרה	יש לציין תאריך ולחתום.

מסמכים שיש לצרף לכרטיס עובד (טופס 101)

תיאום מס	ככל והנך מקבל הכנסות נוספות, יש להמציא תיאום מס לשנת המס הנוכחית (עליך לגשת לפקיד שומה עם התלוש שתקבל בעת התשלום הראשון). לאחר קבלת תיאום המס - נעדכן את שיעור המס באותה שנת מס.
טופס בל/644	ככל והנך מקבל הכנסה נוספת, אך הכנסתך הראשונה נמוכה מהשיעור המופחת הקבוע בחוק, הנך נדרש למלא טופס זה (ניתן להוריד מאתר הביטוח הלאומי). *נכון לשנת 2017 השיעור המופחת הקבוע בחוק הינו עד 5,804 ש"ח לחודש.
טופס בל/619 (עקרת בית)	עמיתה העונה להגדרת "עקרת בית" נדרשת למלא טופס זה על מנת לקבל פטור מניכוי דמי ביטוח לאומי ודמי בריאות (ניתן להוריד טופס זה מאתר ביטוח לאומי). *אישה נשואה שאינה עובדת ובן זוגה עמית.
בל/618 (אלמנה)	עמיתה שהינה אלמנה נדרשת להמציא בל/618 ממחלקת גביה במוסד לביטוח לאומי הקרובה למקום מגוריה וזאת על מנת לקבל פטור מניכוי דמי ביטוח לאומי ודמי בריאות.
בל/618 (נכות כללית)	עמיתה/ה המקבל מהמוסד לביטוח לאומי קצבת נכות כללית זמנית בשיעור של 75% לתקופה של שנה או קצבת נכות או קצבת נכות מעבודה בשיעור של 100%, נדרשת להמציא בל/618 ממחלקת גביה במוסד לביטוח לאומי הקרובה למקום מגוריו/ה וזאת על מנת לקבל פטור מניכוי דמי ביטוח לאומי ודמי בריאות.

פטורים מדמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות:

- מי שעונה לאחד מהתנאים הבאים, זכאי לפטור מניכוי דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות. ככל שיתברר כי המידע שמסרת אינו תואם את המידע שנמצא במוסד לביטוח לאומי, תחוייב בדמי ביטוח ע"י הביטוח הלאומי:
- עקרת בית - אישה הנשואה לתושב ישראל, שאינה עובדת שכירה, ואינה עובדת עצמאית, ואינה נמצאת בחופשה ללא תשלום (חל"ת) - נדרשת להמציא טופס בל/619 המצ"ב.
 - מקבלי קצבת נכות כללית לצמיתות מהמוסד לביטוח לאומי בשיעור של 75% לפחות, או מקבלי קצבת נכות כללית זמנית בשיעור של 75% לתקופה של לפחות 12 חודשים - יש לצרף את האישור על הזכאות לפטור שנשלח אליך מהמוסד לביטוח לאומי.
 - מקבלי קצבת נכות מעבודה לצמיתות בשיעור של 100% - יש לצרף אישור מהמוסד לביטוח לאומי.
 - אישה הזכאית לקצבת שאירים או תלויים מהמוסד לביטוח לאומי - יש לצרף אישור מהמוסד לביטוח לאומי.
- לידיעה - מגיל הפרישה ואילך - לא חלה יותר חובת תשלום דמי ביטוח וללא קשר לעיסוקו/או הכנסתו של המבוטח.

טל: 01/2021 319247





סמנ"י ✓ בריבוע המתאים

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד⁽¹⁾

לפי תקנות מס הכנסה (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה), התשנ"ג - 1993

שנת המס

טופס זה ימלא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (א"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעביד למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת⁽¹⁾ העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים. {ראה הסברים (לפי המספרים) מעבר לדף}

א. פרטי המעביד (למילוי ע"י המעביד)

שם	הראל פנסיה	כתובת	אבא הלל 3, רמת גן	מספר תיק ניכויים	9:3:6:3:0:0:3:6:7
מספר טלפון					

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים)

מספר זהות (9 ספרות)			שם משפחה			שם פרטי			תאריך לידה			תאריך עליה		
כתובת פרטית														
רחוב/שכונה	מספר	עיר/ישוב	מיקוד	מספר טלפון	מספר טלפון נייד	קידומת	קידומת							
מין	מצב משפחתי	תושב ישראל	חבר קיבוץ/מושב שיתופי	חבר בקופת חולים										
<input type="checkbox"/> זכר	<input type="checkbox"/> רווק/ה	<input type="checkbox"/> נשוי/אה	<input type="checkbox"/> גרוש/ה	<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא
<input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> פרוד/ה	<input type="checkbox"/> אלמן/ה	<input type="checkbox"/> רווק/ה	<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא
כתובת דואר אלקטרוני														

ג. פרטים על ילדיי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות)

סמנ"י ✓ ליד שם הילד:	בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך		בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגיני קצבת ילדים מ"ל	
	1	2	שם	מספר זהות
			שם	מספר זהות
			שם	מספר זהות
			שם	מספר זהות
			שם	מספר זהות
			שם	מספר זהות
			שם	מספר זהות
			שם	מספר זהות
			שם	מספר זהות
			שם	מספר זהות
			שם	מספר זהות
			שם	מספר זהות
			שם	מספר זהות
			שם	מספר זהות
			שם	מספר זהות
			שם	מספר זהות
			שם	מספר זהות
			שם	מספר זהות
			שם	מספר זהות

ד. פרטים על הכנסותיי ממעביד זה

תאריך תחילה העבודה ⁽¹⁾	בשנת המס
אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)	משכורת חודש ⁽²⁾
	משכורת בעד משרה נוספת ⁽³⁾
	משכורת חלקית ⁽⁴⁾
	שכר עבודה (עובד יומי) ⁽⁵⁾
	קצבה ⁽⁶⁾
	מלגה ⁽¹⁾

ה. פרטים על הכנסות אחרות

<input type="checkbox"/>	אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות ⁽¹⁾
<input type="checkbox"/>	יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:
<input type="checkbox"/>	משכורת חודש ⁽²⁾
<input type="checkbox"/>	משכורת בעד משרה נוספת ⁽³⁾
<input type="checkbox"/>	משכורת חלקית ⁽⁴⁾
<input type="checkbox"/>	שכר עבודה (עובד יומי) ⁽⁵⁾
<input type="checkbox"/>	קצבה ⁽⁶⁾
<input type="checkbox"/>	ממקור אחר
	אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמנ"י:
<input type="checkbox"/>	אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת ⁽⁷⁾
<input type="checkbox"/>	אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו ⁽⁸⁾
<input type="checkbox"/>	אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת ⁽⁹⁾
<input type="checkbox"/>	אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת ⁽¹⁰⁾

ו. פרטים על לבן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
<input type="checkbox"/> אין לבן/בת הזוג כל הכנסה				
<input type="checkbox"/> יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: <input type="checkbox"/> עבודה/קצבה/עסק <input type="checkbox"/> הכנסה אחרת				

ז. שינויים במהלך השנה (כולל שינויים הקשורים לבקשה להקלה בחישוב המס מעבר לדף)

תאריך השינוי	פרטים	תאריך ההודעה	חתימת העובד/ת
/ /		/ /	
/ /		/ /	
/ /		/ /	



1 אני תושב/ת ישראל.

2 אני נכה 100% / עיוורת/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בפרק ה כי "אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.

3 אני תושב/ת קבועה/ בישוב מזכה⁽¹³⁾ מתאריך _____. אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312 א.

4 אני עולה חדשה/ה תושב/ת חוזר/ת מתאריך _____.
לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____.
מי שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תיקוניים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה.
חובה לצרף: תושב/ת חוזר/ת - אישור משרד הקליטה (תעודת "תושב חוזר" מעל 6 שנים). עולה חדשה/ה - תעודת עולה.

5 בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס.
רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיע/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוור/ת עפ"י סעיף 9(5) לפקודה.

6 אני הורה במשפחה חד הורית⁽¹¹⁾ החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.

7 בגין ילדיי שבחזקתי המפורטים בחלק ג.
ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד⁽¹²⁾.
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____ .

8 בגין ילדיי הפעוטים. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד⁽¹²⁾.
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____ .

9 אני הורה יחיד⁽¹²⁾ לילדיי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 7 ו-8 לעיל).

10 בגין ילדיי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם.
ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.

11 אני הורה לילד נטול יכולת שטרם מלאו לו 19 שנים, בגינו אני מקבל/ת גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי. מצורף אישור גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי לשנה נוכחית. בן זוגי אינו מקבל נקודות זיכוי אלה. לילדי, בגינו אני מבקש את נקודות הזיכוי, אין הכנסות בשנה הנוכחית.

12 בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. מצורף פסק דין.

13 מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.

14 אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____ . מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.

15 בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמך/י ✓ בריבוע המתאים)

1 לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעביד זה.
הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור משטרת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלה וכיו"ב. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה.
2. דמי לידה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.

2 יש לי הכנסות נוספות ממשכורת⁽¹⁾ כמפורט להלן:

המס שנוכה	הכנסה חודשית	סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)	המעביד / משלם המס כורת ⁽¹⁾		
			שם	כתובת	מספר תיק ניכויים
					9
					9
					9

3 פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.

י. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשמטה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעביד על כל שינוי שיחול בפרטיי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

_____ תאריך
_____ חתימת המבקש/ת

דברי הסבר למילוי טופס 101

- (1) "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעביד" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכיו"ב.
- (2) משכורת חודש - מעביד לרבות קבלת משכורת. "מלגה" לרבות מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
- (3) משכורת בעד משרה נוספת - משכורת בעד עבודה של יותר מ- 5 שעות ביום, נוסף למשכורת ו/או בנוסף לקצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת בעד משרה נוספת".
- (4) משכורת חלקית - משכורת בעד עבודה של 5 שעות או פחות ליום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ-5 שעות ליום אך פחות מ-8 שעות בשבוע. ממשכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- (5) שכר עבודה - משכורת בעד עבודה של פחות מ- 18 יום בחודש אך לא פחות מ- 8 שעות בשבוע. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- (6) קצבה - מקצבה שהיא הכנסה יחידה ינוכה מס לפי לוח הניכויים. אם יש הכנסות נוספות - ינוכה מס בשיעור מירבי או על-פי תיאום מס מפקיד השומה. אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.
- (7) אם העובד לא מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- (8) אם העובד מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- (9) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- (10) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"ש.
- (11) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- (12) הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
- (13) ישוב מזכה - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.

כרטיס עובד⁽¹⁾



סמנ"י ✓ בריבוע המתאים

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד⁽¹⁾

לפי תקנות מס הכנסה (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה), התשנ"ג - 1993

שנת המס

טופס זה ימלא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (א"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעביד למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת⁽¹⁾ העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים. {ראה הסברים (לפי המספרים) מעבר לדף}

א. פרטי המעביד (למילוי ע"י המעביד)

שם	הראל פנסיה כללית
כתובת	אבא הלל 3, רמת גן
מספר טלפון	
מספר תיק ניכויים	936297274

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים)

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
מספר זהות	מספר	מיקוד	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
מין	מצב משפחתי	תושב ישראל	חבר קיבוץ/מושב שיתופי	חבר בקופת חולים
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש)	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם הקופה
כתובת דואר אלקטרוני				

ג. פרטים על ילדיי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות) ד. פרטים על הכנסותיי ממעביד זה

סמנ"י ✓ ליד שם הילד:		בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך		בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגיניו קצבת ילדים מ"ל	
1	2	שם	מספר זהות	תאריך לידה	

ה. פרטים על הכנסות אחרות

- אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות⁽¹⁾
 - יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:
 - משכורת חודש⁽²⁾
 - משכורת בעד משרה נוספת⁽³⁾
 - משכורת חלקית⁽⁴⁾
 - שכר עבודה (עובד יומי)⁽⁵⁾
 - קצבה⁽⁶⁾
 - מלגה⁽¹⁾
 - ממקור אחר
- אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמנ"י:
- אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת⁽⁷⁾
 - אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו⁽⁸⁾
 - אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת⁽⁹⁾
 - אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת⁽¹⁰⁾

ו. פרטים על לבן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
<input type="checkbox"/> אין לבן/בת הזוג כל הכנסה <input type="checkbox"/> יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: <input type="checkbox"/> עבודה/קצבה/עסק <input type="checkbox"/> הכנסה אחרת				

ז. שינויים במהלך השנה (כולל שינויים הקשורים לבקשה להקלה בחישוב המס מעבר לדף)

תאריך השינוי	פרטי ה שינוי	תאריך ההודעה	חתימת העובד/ת



1 אני תושב/ת ישראל.

2 אני נכה 100% / עיוורת/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בפרק ה כי "אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.

3 אני תושב/ת קבועה/ בישוב מזכה⁽¹³⁾ מתאריך _____. אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312 א.

4 אני עולה חדשה/ה תושב/ת חוזר/ת מתאריך _____.
לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____.
מי שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תיקוניים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה.
חובה לצרף: תושב/ת חוזר/ת - אישור משרד הקליטה (תעודת "תושב חוזר" מעל 6 שנים). עולה חדשה/ה - תעודת עולה.

5 בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס.
רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיע/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוור/ת עפ"י סעיף 9(5) לפקודה.

6 אני הורה במשפחה חד הורית⁽¹¹⁾ החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.

7 בגין ילדיי שבחזקתי המפורטים בחלק ג.
ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד⁽¹²⁾.
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____ .

8 בגין ילדיי הפעוטים. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד⁽¹²⁾.
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____ .

9 אני הורה יחיד⁽¹²⁾ לילדיי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 7 ו-8 לעיל).

10 בגין ילדיי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם.
ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.

11 אני הורה לילד נטול יכולת שטרם מלאו לו 19 שנים, בגינו אני מקבל/ת גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי. מצורף אישור גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי לשנה נוכחית. בן זוגי אינו מקבל נקודות זיכוי אלה. לילדי, בגינו אני מבקש את נקודות הזיכוי, אין הכנסות בשנה הנוכחית.

12 בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. מצורף פסק דין.

13 מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.

14 אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____ . מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.

15 בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמך/י ✓ בריבוע המתאים)

1 לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעביד זה.
הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור משטרת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלה וכיו"ב. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה.
2. דמי לידה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.

2 יש לי הכנסות נוספות ממשכורת⁽¹⁾ כמפורט להלן:

המס שנוכה	הכנסה חודשית	סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)	המעביד / משלם המס כורת ⁽¹⁾		
			שם	כתובת	מספר תיק ניכויים
					9
					9
					9

3 פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.

י. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשמטה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעביד על כל שינוי שיחול בפרטיי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

_____ תאריך
_____ חתימת המבקש/ת

דברי הסבר למילוי טופס 101

- (1) "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעביד" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכיו"ב.
(2) משכורת חודש - מעביד לרבות קבלת משכורת. "מלגה" לרבות מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
(3) משכורת בעד משרה נוספת - משכורת בעד עבודה של יותר מ- 5 שעות ביום, נוסף למשכורת ו/או בנוסף לקצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת בעד משרה נוספת".
(4) משכורת חלקית - משכורת בעד עבודה של 5 שעות או פחות ליום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ- 5 שעות ליום אך פחות מ- 8 שעות בשבוע. ממשכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
(5) שכר עבודה - משכורת בעד עבודה של פחות מ- 18 יום בחודש אך לא פחות מ- 8 שעות בשבוע. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
(6) קצבה - מקצבה שהיא הכנסה יחידה ינוכה מס לפי לוח הניכויים. אם יש הכנסות נוספות - ינוכה מס בשיעור מירבי או על-פי תיאום מס מפקיד השומה. אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.
(7) אם העובד לא מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
(8) אם העובד מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
(9) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
(10) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"ש.
(11) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
(12) הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
(13) ישוב מזכה - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.