

שאלון אישי (במקום טופס 101)

א. פרטים אישיים

| | | | | |
|------------------|----------|---------|------------|------------|
| מס' זהות / דרכון | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | תאריך עליה |
| | | | | |

ב.0

הבנק להעברת המשכורת

| | | | | | |
|---------|-----|------------|----------|-----------|-----------|
| שם הבנק | סמל | כתובת הבנק | שם הסניף | מס' הסניף | מס' חשבון |
| | | | | | |

ב. פרטי שירות צבאי, קופת חולים ומס ארגון

| | | | |
|----------|---|---|-------------|
| מס' אישי | שם קופת חולים | חבר הסדרות | שם ההסתדרות |
| | 1 כללית 2 לאומית 3 מכבי 4 מאוחדת 5 אסף 6 אחר | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | |

ג. כתובת וטלפון

| | | | | |
|-------------|-------|---------------|------|-------|
| שם ישוב/עיר | מיקוד | רחוב ומס' בית | חיוג | טלפון |
| | | | | |

ד. מצב משפחתי

| | | | | | | | |
|--------|--------|---------|---------|---|---|---|--------|
| ז | כ | ר | נ | ק | ב | ה | מתאריך |
| 1 רווק | 3 גרוש | 5 רווקה | 7 גרושה | | | | |
| 2 נשוי | 4 אלמן | 6 נשואה | 8 אלמנה | | | | |

הערה: גרושה/רווקה שבחזקתם ילדים יצייבו:
 לא אצלי אצלי

ה. פרטי בן/בת זוג

| | | | |
|------------------|------------|---------|---|
| מס' זהות / דרכון | תאריך לידה | שם פרטי | בן/בת זוג עובד/ת |
| | | | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |

ב.0

הערה: קצבת זיקנה מבטוח לאומי פטורה ממס הכנסה.

פנסיה ממקום עבודה אחר חייבת במס הכנסה ובן/ת הזוג נחשב/ת כעובד/ת.

ו. ילדים שטרם מלאו להם 18 בשנת המס

| נ | ז | שם | תאריך לידה | מס' זהות |
|---|---|----|------------|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ז. פרטים על הכנסה נוספת (נא לסמן בכל מקרה. אי מילוי יחשב כהכנסה נוספת)

| | |
|-----------------------------|---|
| אני עובד/ת משרה: | מלאה/ חלקית/ חלקית יחידה ומקבל: |
| א. הכנסה אחרת החייבת במס | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |
| ב. קיצבת זיקנה מביטוח לאומי | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |
| ג. קיצבת פנסיה מעבודה | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |

ח. פרטי מחלקה

| | | |
|-------------------------|-------------|-------------|
| שם המחלקה בה אתה עובד/ת | בנין המחלקה | טלפון פנימי |
| | | |

ט. הערה

| |
|--|
| הנני מצהיר/ה בזה כי הפרטים שמסרתי לעיל הינם מלאים ונכונים ומתחייב/ת להודיע למעבידי על כל שינוי שיחול בהם תוך שבוע ימים מתאריך השינוי. תאריך: _____ חתימה: _____ |
|--|