



**רשות המיסים**  
**פקיד שומה - חוליה 17**  
**ועדות רפואיות**

**בקשה לקביעת אחוזי נכות - הנחיות**

עפ"י תקנות מס-הכנסה (קביעת אחוזי נכות) התש"ס-1979

- א. ג. נ.
1. הפטור ממס עפ"י סעיף 9(5) לפקודת מס הכנסה, ניתן לעיוור או לנכה שנקבעה לו נכות בשיעור של 100%, או נכות בשיעור של 90% לפחות, מחמת שלקה באיברים שונים והאחוז האמור הוא תוצאה של חישוב מיוחד של הליקוי באיברים השונים (בשיטת האחוז הפוחת), שבלעדיו היה נקבע אחוז נכות של 100% לפחות, ובתנאי שתקופת הנכות היא 185 ימים לפחות.
  2. אם נקבעו לך אחוזי נכות כאמור, לפי אחד החוקים המפורטים בסעיף 3 לטופס "בקשה לקביעת אחוזי נכות לצורך פטור ממסים" (טופס 169 המצ"ב), הינך זכאי לפטור ממס כאמור. לצורך מימוש הפטור יש לפנות לפקיד השומה עם פרוטוקול הועדה.
  3. אם לא נקבעה נכותך עפ"י אחד החוקים האמורים, או שנקבעה נכותך בשיעור הנמוך מהנדרש לצורך פטור ממס הכנסה, אחוז הנכות יקבע ע"י ועדה רפואית של מס הכנסה המתקיימת במוסד לביטוח לאומי.
  4. לצורך הבדיקה הרפואית, יהיה עליך לשלם למוסד לביטוח לאומי את הוצאותיו. התשלום הינו עבור הבדיקה ונקבע ע"י המוסד לביטוח לאומי. שובר התשלום יינתן לך ע"י פקיד השומה. לאחר התשלום, עליך לצרף לטופס הבקשה את שובר התשלום, חתום ע"י הבנק.
  5. לשם העברת הבקשה לטיפול במוסד לביטוח לאומי, הינך מתבקש להמציא למשרדנו את המסמכים הבאים:
    - א. טופס "בקשה לקביעת אחוזי נכות לצורך פטור ממסים" (טופס 169), אחרי שמולאו בו כל הפרטים הנדרשים.
    - ב. כל המסמכים הרפואיים המתייחסים לבקשתך כגון: חוות דעת רפואיות, סיכומי מחלות, צילומי רנטגן, תוצאות בדיקות רפואיות וכיו"ב.
    - ג. יש להגיש טופס ויתור על סודיות רפואית (עמוד 4 לטופס 169 המצ"ב) חתום בארבעה העתקים, אחרי שמולאו בו כל הפרטי הנדרשים.
    - ד. קבלה על תשלום ההוצאות של המוסד לביטוח לאומי, כפי שנקבעו ע"י המוסד.
- לידיעתך:** אי פירוט ליקוי או פגימה בטופס 169 וכן העדר מסמכים רפואיים, עלולים לגרום לאי קביעת אחוזי נכות בגין הליקוי או הפגם.
6. המסמכים שתמציא לנו, יועברו על-ידינו לסניף המוסד לביטוח לאומי הסמוך למקום מגוריך.
  7. הזמנה להתייצב בפני הוועדה הרפואית תישלח אליך עם פירוט המועד והמקום, ע"י המוסד לביטוח לאומי. אם לא תתייצב בפני הוועדה במועד הנקוב בהזמנה, או במועד אחר שקבעה, מבלי שהודעת למוסד לביטוח לאומי על-כך בכתב, לפחות 4 ימים לפני המועד, או מבלי שנתת סיבה מתקבלת על הדעת לאי התייצבותך, רואים את בקשתך כאילו לא הוגשה. בקשה מחדש לקביעת אחוזי נכות כרוכה בתשלום הוצאות. אם הינך מסכים שהוועדה הרפואית תקבע את אחוזי הנכות לפי המסמכים שהגשת, ללא נוכחותך, יש לציין זאת במקום המיועד לכך בטופס הבקשה (טופס 169).
  - יצויין כי הוועדה רשאית לזמן אותך לבדיקה על אף הסכמתך הנ"ל.
- לידיעתך:** יתכן שתוזמן למספר רופאים, בהתאם למומחיות הנדרשת עפ"י הליקויים והמחלות שהמצאת לגביהם מסמכים.
8. לאחר שהוועדה הרפואית תקבע את אחוזי הנכות, תקבל מהמוסד לביטוח לאומי הודעה על אחוזי הנכות שנקבעו לך. במקביל, תיקר הרפואי יועבר להמשך טיפול במשרד פקיד השומה. עם סיום הטיפול, תקבל ממשרד פקיד השומה הודעה בכתב, בצירוף העתק פרוטוקולי הדיונים.



לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

באמצעות פקיד השומה

חותמת נתקבל  
פקיד שומה

**בקשה לקביעת אחוזי נכות לצורך פטור ממסים**  
עפ"י תקנות מס הכנסה (קביעת אחוז נכות), התש"ם - 1979

יש לסמן  בריבוע המתאים

חותמת נתקבל  
ביטוח לאומי

אני, הח"מ, מבקש לעבור בדיקה של ועדה רפואית, לצורך קבלת פטור/הנחה ממסים, ואני מבקש לקבוע לי את אחוזי הנכות עפ"י התקנות הנ"ל.

בקשה ראשונה  חידוש דיון/החמרה  תום זמניות

**1. פרטי המבקש**

שם פרטי	שם משפחה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	תאריך לידה	מספר זהות
כתובת מגורים	כתובת למשלוח דואר	מספר טלפון נייד		
הרחוב	מספר הבית	היישוב	מיקוד	
הרחוב	מספר הבית	היישוב	מיקוד	
כתובת דואר אלקטרוני	מספר טלפון בבית	מספר טלפון בעבודה		

**2. הליקויים ו/או הפגמות לגביהם אני מבקש/ת בדיקה ע"י הוועדה** (אם המקום אינו מספיק, ניתן לצרף דף נוסף).  
לידיעתך: אי פירוט ליקוי או פגימה וכן העדר מסמכים רפואיים עלולים לגרום לאי קביעת אחוזי נכות בגין הליקוי או הפגם.

פירוט הליקויים ו/או המחלות	מתאריך (שנה, חודש)	האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?	האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?	האם צורך מסמך רפואי?
1. <input type="checkbox"/> בעיה נפשית (מקבל טיפול)	/	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
2. <input type="checkbox"/> הפרעות בבלוטת התריס	/	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
3. <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם	/	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
4. <input type="checkbox"/> ליקוי שכלי	/	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
5. <input type="checkbox"/> ליקוי שמיעה	/	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
6. <input type="checkbox"/> ליקויי ראייה ומחלת עיניים - האם קיבלת תעודת עיוור ממשרד הרווחה - השירות לעיוור <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	/	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
7. <input type="checkbox"/> מחלה אורטופדית (גפיים עליונות ותחתונות, גב, צוואר, דלקת פרקים)	/	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
8. <input type="checkbox"/> מחלות בתחום ניורולוגי (כולל אלצהיימר, פרקינסון, אפילפסיה ואירוע מוחי)	/	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
9. <input type="checkbox"/> מחלות דרכי עיכול (כולל קיבה ומעינים)	/	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
10. <input type="checkbox"/> מחלת כבד (כולל צהבת)	/	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
11. <input type="checkbox"/> מחלת כליות (כולל דיאליזה)	/	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
12. <input type="checkbox"/> מחלת לב	/	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
13. <input type="checkbox"/> מחלת עור	/	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
14. <input type="checkbox"/> מחלת ריאות (כולל אסטמה)	/	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
15. <input type="checkbox"/> סוכרת	/	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
16. <input type="checkbox"/> סרטן (כולל לימפומה ולוקמיה)	/	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
17. <input type="checkbox"/> אחר _____	/	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
18. <input type="checkbox"/> אחר _____	/	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
19. <input type="checkbox"/> אחר _____	/	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
20. <input type="checkbox"/> אחר _____	/	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן

נא סמן/י האם עברת אחת או יותר מהבדיקות המפורטות להלן בשנתיים האחרונות (אם כן, נא צרף/י את תוצאות הבדיקות):  
 אקו לב  EMG  CT (טומוגרפיה ממוחשבת)  MRI (תהודה מגנטית)  תפקוד ראות  צנתור  אנדוסקופיה

**3. מידע על נכות מועדות קודמות**  
**3א. נקבעו לי אחוזי נכות ע"י אחד החוקים דלהלן**  
 יש לצרף:  אישור עדכני  פרוטוקול הוועדה הרפואית.

החוק	בשיעור	מתאריך	עד תאריך
<input type="checkbox"/> חוק הנכים (תגמולים ושיקום)	%		
<input type="checkbox"/> חוק נכי המלחמה בנאצים	%		
<input type="checkbox"/> חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה	%		
<input type="checkbox"/> חוק הביטוח הלאומי - נכות כללית ו/או נפגעי עבודה (לרבות מתנדבים)	%		
<input type="checkbox"/> חוק לפיצוי נפגעי גזות	%		

**3ב. להלן פירוט סעיפי הליקוי בהם נקבעו לי אחוזי נכות ע"י הוועדה מכה אחד החוקים המפורטים בסעיף 3א (אם המקום אינו מספיק, ניתן לצרף דף נוסף)**  
**לידיעתך:** אי פירוט ליקוי או פגימה וכן העדר מסמכים רפואיים, עלולים לגרום לאי קביעת אחוזי נכות בגין הליקוי או הפגם.

פירוט הליקויים ו/או המחלות	מתאריך (שנה, חודש)	עד תאריך (שנה, חודש)	ס' ליקוי
<input type="checkbox"/> בעיה נפשית (מקבל טיפול)	/	/	
<input type="checkbox"/> הפרעות בבלוטת התריס	/	/	
<input type="checkbox"/> יתר לחץ דם	/	/	
<input type="checkbox"/> ליקוי שכלי	/	/	
<input type="checkbox"/> ליקוי שמיעה	/	/	
<input type="checkbox"/> ליקויי ראייה ומחלת עיניים - האם קיבלת תעודת עיוור ממשדך הרווחה - השירות לעיוור <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	/	/	
<input type="checkbox"/> מחלה אורטופדית (גפיים עליוניות ותחתונות, גב, צוואר, דלקת פרקים)	/	/	
<input type="checkbox"/> מחלות בתחום ניורולוגי (כולל אלצהיימר, פרקינסון, אפילפסיה ואירוע מוחי)	/	/	
<input type="checkbox"/> מחלות דרכי עיכול (כולל קיבה ומעינים)	/	/	
<input type="checkbox"/> מחלת כבד (כולל צהבת)	/	/	
<input type="checkbox"/> מחלת כליות (כולל דיאליזה)	/	/	
<input type="checkbox"/> מחלת לב	/	/	
<input type="checkbox"/> מחלת עור	/	/	
<input type="checkbox"/> מחלת ריאות (כולל אסטמה)	/	/	
<input type="checkbox"/> סוכרת	/	/	
<input type="checkbox"/> סרטן (כולל לימפומה ולוקמיה)	/	/	
<input type="checkbox"/> אחר _____	/	/	
<input type="checkbox"/> אחר _____	/	/	
<input type="checkbox"/> אחר _____	/	/	
<input type="checkbox"/> אחר _____	/	/	

נא סמן/י האם עברת אחת או יותר מהבדיקות המפורטות להלן בשנתיים האחרונות (אם כן, נא צרף/י את תוצאות הבדיקות):  
 אקו לב  EMG  CT (טומוגרפיה ממוחשבת)  MRI (תהודה מגנטית)  תפקוד ראות  צנתור  אנדוסקופיה

**4. נוכחות בוועדה הרפואית**

**הסכמה לקביעת הנכות ע"י הרופא ללא נוכחות**

אני מסכים בזאת, שרופא יקבע לי את אחוזי הנכות הרפואית, ע"פ מסמכים בלבד ובלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שאף שנתתי את הסכמתי לכך, ייתכן שיהיה עליי להגיע לבדיקה, אם הרופא ידרוש זאת.

חתימת התובע \_\_\_\_\_

**5. מצורפת קבלה**

קבלה על תשלום הוצאות המוסד לביטוח לאומי.

**6. הסכמה להעברת החלטת הוועדה ע"י הביטוח הלאומי לצורך מיצוי זכויות**

אני הח"מ מסכים כי החלטת הוועדה הרפואית תימסר לגופים אחרים ע"י הביטוח הלאומי לצורך מיצוי זכויותיי. (כגון חברת חשמל)

מסכים  לא מסכים

**7. מגבלות לביצוע וועדה**

כסא גלגלים  שפה  עיוור  חרש  מגבלת זמן (ימים) \_\_\_\_\_

**אם המבוטח מיוצג ע"י עו"ד או אם אינו יכול להגיש תביעה עקב מצבו הבריאותי. על מגיש התביעה למלא את הפרטים הבאים:**

**פרטי מגיש התביעה**

מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	יחס קרבה לתובע <input type="checkbox"/> קרוב משפחה <input type="checkbox"/> אפוטרופוס <input type="checkbox"/> עו"ד
דואר אלקטרוני	טלפון להתקשרות	<input type="checkbox"/> ייפוי כח <input type="checkbox"/> צו אפוטרופוס <input type="checkbox"/> פסק דין <input type="checkbox"/> אחר: _____ אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין איזה וצרף העתק	

**פרטי חשבון בנק\***

מספר חשבון	מספר סניף סמל בנק	סמל סניף	בנק
------------	----------------------	----------	-----

**8. הבהרה**

מובהר בזאת כי יש להגיש את כל המסמכים הרפואיים ולציין את סעיפי הליקוי בטופס. לא יתקבלו מסמכים רפואיים נוספים לאחר הגשת הבקשה להמשך טיפול. רק לאחר הגשת המסמכים לרבות שובר התשלום, משולם, תועבר בקשתך להמשך טיפול בביטוח לאומי.

**9. הצהרה**

אני מצהיר כי הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים ומלאים וכי ידועים לי הוראות החוק והעונשים על אי הצהרת אמת

חתימה

שם

תאריך

**לכבוד**

המוסד לביטוח לאומי סניף \_\_\_\_\_

הנני מפנה אליכם את הנ"ל לבדיקה ע"י ועדה רפואית של מוסדכם, לקביעת אחוז נכותו עפ"י תקנות מס הכנסה (קביעת אחוז נכות), התש"ם - 1979.

בכבוד רב,

חתימה

תפקיד

שם

תאריך

## ויתור על סודיות רפואית

ויתור על סודיות רפואית - המוסד לביטוח לאומי			לכבוד _____
			פרטי המבקש
חבר קופ"ח	מספר זהות	שם	
			כתובת

### הצהרה

אני הח"מ, שפרטי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי, לרשות המיסים או לבאי כוחם, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, או כל מידע אחר שידרש על ידם או כל מסמך רפואי אודותי

חתימה

שם

תאריך