



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. ג.

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, ומגבלה אחת היא בשיעור של 40% 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 הוועדה.

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 הפרטים 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).

יצוין 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, תיקן 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

חותמת נתקבל
ביטוח לאומי

בקשה לקביעת אחוזי נכות לצורך פטור ממסים

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

יש לסמן ✓ בריבוע המתאים

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 ☐ החמרה ☐ תום זמניות

1. פרטי המבקש

שם פרטי	שם משפחה	מין ☐ זכר ☐ נקבה	תאריך לידה	מספר זהות
כתובת מגורים		כתובת למשלוח דואר		מספר טלפון נייד
הרחוב	מספר הבית	היישוב	מיקוד	☐ מאשר קבלת SMS
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 צורף מסמך רפואי?
1. בעיה נפשית (מקבל טיפול)	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
2. הפרעות בבלוטת התריס	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
3. יתר לחץ דם	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
4. ליקויי שכלי	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
5. ליקויי שמיעה	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
6. ליקויי ראייה ומחלת עיניים - האם קיבלת תעודת עיוור ממושרד הרווחה - השירות לעיוור ☐ כן ☐ לא	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
7. מחלה אורטופדית (גפיים עליונות ותחתונות, גב, צוואר, דלקת פרקים)	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
8. מחלות בתחום נירולוגי (כולל אלצהיימר, פרקינסון, אפילפסיה ואירוע מוחי)	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
9. מחלות דרכי עיכול (כולל קיבה ומעינים)	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
10. מחלת כבד (כולל צהבת)	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
11. מחלת כליות (כולל דיאליזה)	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
12. מחלת לב	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
13. מחלת עור	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
14. מחלת ריאות (כולל אסטמה)	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
15. סוכרת	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
16. סרטן (כולל לימפומה ולוקמיה)	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
17. אחר	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
18. אחר	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
19. אחר	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
20. אחר	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ 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 עפ"י אחד החוקים דלהלן
 יש לצרף: ☐ אישור עדכני ☐ פרוטוקול הוועדה הרפואית.

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

3ב. להלן פירוט סעיפי הליקוי בהם נקבעו לי אחוזי נכות ע"י הוועדה מכח 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
1. ☐ בעיה נפשית (מקבל טיפול)	/	/	
2. ☐ הפרעות בבלוטת התריס	/	/	
3. ☐ יתר לחץ דם	/	/	
4. ☐ ליקוי שכלי	/	/	
5. ☐ ליקוי שמיעה	/	/	
6. ☐ ליקויי ראייה ומחלת עיניים - האם קיבלת תעודת עיוור ממשדך הרווחה - השירות לעיוור ☐ כן ☐ לא	/	/	
7. ☐ מחלה אורטופדית (גפיים עליוניות ותחתונות, גב, צוואר, דלקת פרקים)	/	/	
8. ☐ מחלות בתחום ניורולוגי (כולל אלצהיימר, פרקינסון, אפילפסיה ואירוע מוחי)	/	/	
9. ☐ מחלות דרכי עיכול (כולל קיבה ומעיין)	/	/	
10. ☐ מחלת כבד (כולל צהבת)	/	/	
11. ☐ מחלת כליות (כולל דיאליזה)	/	/	
12. ☐ מחלת לב	/	/	
13. ☐ מחלת עור	/	/	
14. ☐ מחלת ריאות (כולל אסטמה)	/	/	
15. ☐ סוכרת	/	/	
16. ☐ סרטן (כולל לימפומה ולוקמיה)	/	/	
17. ☐ אחר _____	/	/	
18. ☐ אחר _____	/	/	
19. ☐ אחר _____	/	/	
20. ☐ 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. 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.
☐ מסכים ☐ לא מסכים

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 ☐ קרוב משפחה ☐ אפוטרופוס ☐ עו"ד
דואר אלקטרוני	טלפון להתקשרות	☐ ייפוי כח ☐ צו אפוטרופוס ☐ פסק דין ☐ אחר: _____ אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין איזה וצרף העתק	
פרטי חשבון בנק *			
מספר חשבון	מספר סניף סמל בנק	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

תאריך שם חתימה

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,

תאריך שם תפקיד חתימה

* פרטי חשבון הבנק הינם למקרה שלא תתקיים וועדה והמל"ל יבקש להשיב את תשלום הוצאות הוועדה

ויתור על סודיות רפואית

ויתור על סודיות רפואית - המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

פרטי המבקש

שם	מספר זהות	חבר קופ"ח
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

תאריך

שם

חתימה