

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 ההסדרות
	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	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 יציינו: 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:
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

א. הכנסה אחרת החייבת במס
ב. קיצבת זיקנה מביטוח לאומי
ג. קיצבת פנסיה מעבודה

ח. פרטי מחלקה

שם המחלקה בה אתה עובד/ת	בנין המחלקה	טלפון פנימי

ט. הצהרה

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: