



ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד (1)
לפי תסנות מס הכנסה (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה), התשנ"ג - 1993

שנת המס 2023

עובד :
מזהה :
מיקום :
מחלקה :

טופס זה ימולא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (אא"כ המנהל אישר אחרת)
הטופס מהווה אסמכתא למעביד לתת 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

מפעל : 853
תת :
אגף :

א. פרטי המעביד (למילוי ע"י המעביד)

| | | | |
|------------------|------------|-------------------|---------------------------|
| מספר תיק ניכויים | מספר טלפון | כתובת | שם |
| 941008062 | 02-6558132 | ת.ד. 3578 ירושלים | המכללה לחינוך ע"ש דוד ילי |

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח, אם צורף בעבר, יש לצרף צילום רק אם הינו שניונים)

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| מספר זהות (9 ספרות) | שם משפחה | שם פרטי | תאריך עליה | תאריך לידה |
| מספר דרכון (למי שאין ת.ז.) | כתובת פרטית | מספר טלפון | מספר טלפון נייד | |
| מין | מצב משפחתי | רווק/ה | נשוי/אה | תושב ישראל |
| זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> | אלמן/ה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> | פרוד/ה <input type="checkbox"/> (חובה לצרף אישור פ"ש) | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |
| מחבר בקופת חולים | חבר קיבוץ/מושב שיתופי | חבר בקופת חולים | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |
| מחבר בקופת חולים | חבר בקופת חולים | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |
| כתובת דואר אלקטרוני | | | | |

ד. פרטים על הכנסותי ממעביד זה

| | |
|------------------------|--|
| תאריך תחילה העבודה (1) | אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף) |
| בשנת המס | 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"/> |
| | קיצבה(6) <input type="checkbox"/> |
| | מלגה(1) <input type="checkbox"/> |

בנק _____ סניף _____

חשבון _____

אבקש לקבל את תלוש השכר במייל לכתובת:
ידוע לי שאם הסכמתי לקבל במייל לא ישלח לי תלוש נוסף בדואר.
ג. פרטים על ילדי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות)
סמ"י X ליד שם הילד בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך
בטור 2 אם את/ה מקבלת בגינו קצבת ילדים מבי"ל (*)

ה. פרטים על הכנסות אחרות

| | |
|--|--|
| אין לי הכנסות אחרות ממשכורת (משכורת חודש, בעד משרה נוספת, משכורת חלקית, שכר עבודה), מקצבה ומלגה (1) | יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן: |
| 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"/> |
| קיצבה(6) <input type="checkbox"/> | מלגה(1) <input type="checkbox"/> |
| אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמ"י: | |
| <input type="checkbox"/> אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד): | |
| <input type="checkbox"/> איני מקבל/ת אותם בהכנסה אחרת (7) | |
| <input type="checkbox"/> אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת | |
| <input type="checkbox"/> ועל כן איני זכא/ית להם 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 לקיצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת או שכל הפרשות המעביד לקיצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת (10) | |

| 1 | 2 | שם | מספר זהות | תאריך לידה | מין |
|---|---|----|-----------|------------|-----|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ו. פרטים על בר/בת הזוג

| | | | | |
|--------------------------|-------------------------|-----------------|------------------|------------|
| מספר זהות (9 ספרות) | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | תאריך עליה |
| אין לבר/בת הזוג כל הכנסה | יש לבר/בת הזוג הכנסה מ: | עבודה/קיצבה/עסק | הכנסה חייבת אחרת | |

(כולל שינויים הקשורים לבקשה להקלה בחישוב המס מעבר לדף)

ז. שינויים במהלך השנה

| תאריך השינוי | פרטי השינוי | תאריך ההודעה | חתימת העובד/ת |
|--------------|-------------|--------------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

1 אני תושב/ת ישראל

2 אני נכה 100% / עיוור / 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 יפנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס

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

4 אני עולה חדש/ה 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 תיכונים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה. **חובה לצרף** תעודת עולה

5 בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס. רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיעה 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 ילדי שבחזקתי המפורטים בחלק ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד (12)

8 בגין ילדי הפעוטים ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד (12)

9 אני הורה יחיד (12) לילדי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 7 ו 8 לעיל)

10 בגין ילדי 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 ל _____ ילדים עם מוגבלות שטרם מלאו להם 19 שנים, בגינם 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, בגינם 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 X 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:

| המעביד / משלם המשכורת (1) | | | |
|---------------------------|-------|------------------|-----------------------|
| שם | כתובת | מספר תיק ניכויים | סוג הכנסה |
| | | 9 | עבודה/קיצבה/מילגה/אחר |
| | | 9 | |
| | | 9 | |

3 פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.

י. הצהרה

אני מצהיר/ת כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשטחה 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 0101

(1) **"עובד"** יחיד המקבל משכורת. **"מעביד"** אדם המשלם משכורת. **"משכורת"** הכנסת עבודה, קיצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מלגה וכיו"ב.

(2) **"עבודה"** לרבות קבלת משכורת. **"מילגה"** לרבות מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.

(3) **משכורת חודש** - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ-18 יום בחודש.

(4) **משכורת בעד משרה נוספת** - משכורת בעד עבודה של יותר מ-5 שעות ביום, נוסף למשכורת ו/או בנוסף לקיצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת בעד משרה נוספת".

(5) **משכורת חלקית** - משכורת בעד עבודה של 5 שעות או פחות ליום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ-5 שעות ליום אף פחות מ-8 שעות בשבוע.

(6) **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.

(7) **קיצבה** - מקיצבה 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.

(8) אם העובד לא 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 לקיצבה/לאבדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.

(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 בשנת 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 אסי"ח, לפי העניין