



כרטיס עובד⁽¹⁾

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד⁽²⁾

לפי תקנות מס הכנסה ומס מעסיקים (ניכוי ממסכרות ומשכר עבודה ותשלום מס מעסיקים) התשנ"ג - 1993

שנת המס 2:0:1:6

טופס זה יכולא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (אא"כ הנציב אישר אחרת).
הטופס מהווה אסמכתא למעביד למתן הקלות במס ולסריכת תיאומי מס בראשית משכורת⁽³⁾ הבאה.
אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים.
(ראה הסברים ולפי המספרים) מעבר לדף

א. כרטיס המעביד (למילוי ע"י המעביד)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
משרד החינוך	תל אביב	052-1234567	9

ב. פרטי העובד/ת

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך עליה	תאריך לידה
033044306	הכסא	דניאל		01.08.1976
כתובת פרטית	מספר סלפון	מספר	מספר	מספר
קמ"ח 13	0279993029			
רחוב/שכונה	מספר	עיר/ישוב	מיקוד	חבר בקופת חולים
מין	מצב משפחתי	תושב ישראל	חבר בקופת חולים	לא
זכר	רווקה	כן	כן, עם הקופה	לא

ד. פרטים על הכנסות ממעביד זה

ג. פרטים על ילדי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה
סמני ✓ בטור המתאים ליד שם הילד הנמצא בחזקתך

שם	מספר זהות	תאריך לידה
דניאל	319.03.0.896	17.09.1999
דניאל	328.8.0912	2.10.2001
דניאל	328.1.8.4353	3.1.2005
דניאל	33.1.3.04907	24.12.2007

ה. פרטים על הכנסות אחרות

אין לי הכנסות אחרות	אין לי הכנסות אחרות
יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:	
משכורת חודש ⁽²⁾	שכר עבודה (עובד יומי) ⁽⁵⁾
משכורת נוספת ⁽³⁾	קיצבה ⁽⁶⁾
משכורת חלקית ⁽⁴⁾	מילנה ⁽⁷⁾
ממקור אחר	
אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן:	
☐ אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותם בהכנסה אחרת ⁽⁷⁾	
☐ אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להס כנגד הכנסה זו ⁽⁸⁾	
☐ אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת ⁽⁹⁾	
☐ אין מפרישים עבורי לקיצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקיצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת ⁽¹⁰⁾	

ו. פרטים על בן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
028793339	הכסא	דניאל	03.01.1971	
☐ אין לבן/בת הזוג כל הכנסה ☐ יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: ☐ עבודה/עסק ☐ הכנסה חייבת אחרת לדוכן קיצבה				

ז. שינויים במהלך השנה נכילי שינויים הקשורים בבקשה להקלה בהישג המס מעבר לדף

תאריך השינוי	פרטי השינוי	חתימת העובד/ת

ח. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות (סמן/י ✓ בריבוע המתאים)

1 ☒ אני תושב/ת ישראל.

2 ☐ אני נכה 100% / עיוורת/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94.

3 ☐ אני תושב/ת קבוע/ה בישוב מיוחד / באזור פיתוח מתאריך _____ . מצורף אישור של הרשות ע"י טופס 11312.

4 ☐ אני ☐ עולה חדש/ה ☐ תושב/ת חוזר/ת מתאריך _____ .
לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____ .
מי שיחתה לו הכנסה או שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תכנויים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה. לתושב/ת חוזר/ת - חובה לצרף אישור משרד הקליטה תעודת יישוב חוזר - מעל 6 שנים.

5 ☐ בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס.
רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיע/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוור/ת.

6 ☐ בגין משפחה חד הורית.

7 ☐ בגין ילדי שבחזקתי (נימלא רק ע"י אשה או ע"י גבר חד הורי) המפורטים בחלק ג.
☐ מסי ילדים שנילוו בשנת המס ☐ מסי ילדים שימלאו להם 18 שנה בשנת המס ☐ מסי ילדים אחרים _____

8 ☐ בגין ילדי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם.

9 ☐ בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר (נימלא ע"י מי שנישא בשנית) (מצורף פסק דין).

10 ☐ מלאו לי 16 שנים וטרם מלאו לי 18 שנים.

11 ☐ אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____
מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.

12 ☐ בגין סיום לימודים לתואר אקדמי או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמן/י ✓ 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 הנוכלות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלה וכיו"ב. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה.
2. דמי לידה ודמי אבטלה חנים הכנסה חייבת.

2 ☐ יש לי הכנסות נוספות ממשכורת/קיצבה/מילגה (ממכון מחקר) כמפורט להלן:

המס שנוכה	הכנסה חדשית	סוג ההכנסה (משכורת/קיצבה/מילגה/אחר)	מספר תיק ניכויים	כתובת	שם
			9		
			9		
			9		

3 ☐ פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.

י. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה חנים מלאים ונכונים.
ידוע לי שהשמטה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה.
אני מתחייב/ת להודיע למעביד על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

_____ X
חתימת המבקש/ת

_____ X
תאריך

דברי הסבר למילוי טופס 0101

- "עובד" לרבות מקבל קיצבה ולרבות חוקר במכון מחקר או מכון מחקר תורני. "מעביד" לרבות משלם קיצבה ולרבות מכון מחקר תורני.
- משכורת חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ - 18 יום בחודש ויותר מ - 5 שעות בכל יום.
- משכורת נוספת - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ - 18 יום בחודש ויותר מ - 5 שעות בכל יום, נוסף למשכורת חודש ו/או בנוסף לקיצבה החייבת במס במקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כי משכורת נוספת.
- משכורת חלקית - משכורת בעד עבודה במשך 5 שעות או פחות בכל יום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ-5 שעות ביום אך לא יותר מ-8 שעות בשבוע. נמשכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- שכר עבודה - משכורת בעד עבודה של יותר מ - 5 שעות ביום אך פחות מ - 18 יום בחודש. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- קיצבה - מקיצבה שהיא הכנסה יחידה ינוכה מס כפי לוח הניכויים. אם יש הכנסות נוספות - ינוכה מס בשיעור מירבי או על-פי ותיאום מס מפקיד השומה.
- אם העובד לא מילא משכורת או - המעביד מנוע מלנוכח מס לפי לוח הניכויים ויש לנוכח מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- אם העובד מילא משכורת או - המעביד מנוע מלנוכח מס לפי לוח הניכויים ויש לנוכח מס מירבי לפי התקנות.
- אם העובד לא מילא משכורת או - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנוכח מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- (ח) אם העובד לא מילא משכורת או - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקיצבה/לאבדן כושר עבודה ולנוכח מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור