

דף 1 מתוך 2

17  
כרטיס עובד

ובקשה להקלה ולתיאום מס ע"י המעביד (1)  
לפי תקנות מס הכנסה, (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה), התשנ"ג - 1993

שנת המס 2021

טופס זה ימולא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס לאי"כ המנוהל אישר אחרת), הטופס מהווה אסמכתא למועביד לזכות הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת(1) העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להצמיד על כך תוך שבוע ימים (ראה הסברים (לפי מספרים) מעבר לדף)

א. פרטי המעביד (למילוי ע"י המעביד)

שם	כתובת	מספר טלפון	תיק ניכיים
אתרוג מערכות בע"מ	דרך הדרום 9 קריית גת 8202106	מספר טלפון	941784142

ב. פרטי העובד יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורף בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	שם האב:	תאריך עליה	תאריך לידה
20610823-5	קובלר	רינה	רובורט		01/02/95
דרכון	למי שאין ת.ז.	כתובת פרטית	דואר אלקטרוני	מספר טלפון	
		שמואל הנביא 12 (דירה 12) בית שמש	rina351@gmail.com	0528897063	
מין	מצב משפחתי	תושב ישראל	חבר קיבוץ/מושב שיתופי	חבר בקופת חולים:	
נקבה	נשוי/אה	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> שם הקופה	<input type="checkbox"/> לא

ג. פרטים על ילדיי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (ע"פ ספח ת.ז.)  
סמך V ליד שם הילד : בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך.  
בטור 2 אם אמה/מקבלת בגינו קצבת ילדים מביל\*

1	2	שם	מספר זהות	תאריך לידה
		שמעון	22697317-0	06/10/2018
		אהרון	23510486-6	20/12/2020

א. פרטים על הכנסות אחרות

אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)

☐ משכורת חודש (2)  
☐ משכורת בעד משרה נוספת(3)  
☐ משכורת חלקית (4)  
☐ שכר עבודה (עובד יומי) (5)  
☐ קיצבה (6)  
☐ מילגה (1)

אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות (1)

☐ יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:  
☐ משכורת חודש (2)  
☐ משכורת בעד משרה נוספת(3)  
☐ משכורת חלקית (4)  
☐ שכר עבודה (עובד יומי) (5)  
☐ קיצבה (6)  
☐ מילגה (1)  
☐ ממקור אחר

אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמך/י :

☐ אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). אני מקבל/ת אותם בהכנסה אחרת. (7)  
☐ אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן אני זכאי/ת להם כנגד הכנסה זו (8)  
☐ אין מפרשים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת (9)  
☐ אין מפרשים עבורי לקיצבה/ביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקיצבה/ביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת (10)

ו. פרטים על בן/בת הזוג

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
31249604-5	קובלר	אוריאל	15/02/1994	

דרכון: ☒ אין לבן/בת הזוג כל הכנסה ☐ יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: ☐ עבודה/קיצבה/עסק ☐ הכנסה אחרת

ז. שינויים במהלך השנה (כולל שינויים הקשורים לבקשה להקלה בחישוב המס מעבר לדף)

תאריך השינוי	פרטי השינוי	תאריך ההודעה:	חתימת העובד/ת

הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם 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 האישים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי

11/11/2021

תאריך

רינה קובלר

חתימת המבקש/ת

פרטי בנק

מס' בנק	שם הבנק	מס' הסניף	שם הסניף	כתובת הסניף	חשבון
0	מזרחי תפחות	417 0	גאולה י-ם	מלכי ישראל 16 ירושלים	545552