

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלים.

את הטופס יש להעביר למחלקת תביעות פנסיה באמצעות אחת הדרכים הבאות:

■ כתובת מייל: dimottpds@harel-ins.co.il

■ מספר פקס: 03-7348575

■ כתובת דואר: בית הראל, אבא הלל 3, ת"ד 10951, רמת גן 5252202

ניתן לוודא את קבלת הפקס/מייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטלפון: 1-700-70-28-70

| א פרטי המבוטח |            |
|---------------|------------|
| שם משפחה      | שם פרטי    |
| מס' ת.זהות    | תאריך לידה |
| רחוב          | מס' דירה   |
| מס' בית       | מיקוד      |
| טלפון         | טלפון נייד |
| דואר אלקטרוני | Email      |

ב קבלת עדכון בדבר סטאטוס הטיפול בתביעתי (ניתן לסמן אפשרות אחת בלבד)

הריני מבקש לקבל עדכונים אודות סטטוס הטיפול בתביעתי באמצעות:

☐ דואר אלקטרוני

☐ דואר לכתובת מגוריי

יובהר כי ככל ולא תסמן את אחת האפשרויות לעיל, ברירת המחדל תהיה לקבל עדכונים באמצעות דואר אלקטרוני.

ג בקשה להמשך קבלת פנסיה נכות

אני החתום מטה מבקש להגיש תביעת המשך לפנסיה נכות, הסיבה להמשך אי כושר עבודה:

האם הנך עובד כיום? ☐ כן ☐ לא.

במידה וחזרת לעבוד נא ציין את המועד: ..... / ..... / ..... ואת היקף המשרה באחוזים: % .....

ד מצ"ב המסמכים הבאים

☐ תעודות רפואיות המעידות על פגיעה בכושרו של המבוטח לעבוד ועל שיעור הפגיעה וכן כל תיעוד רפואי רלוונטי.

ה מידע למבוטח

- בחתמתך הנך מאשר כי כל המידע שמסרת במסמך זה הינו נכון ומדויק. שים לב, כי ככל שהמידע האמור אינו נכון או מדויק, עלולה להיות לכך השפעה על זכאותך לתשלומי פנסיה ו/או חיובך בהחזר כספים שקיבלת מהקרן.
- אם יתברר בעתיד כי שולמו לך תשלומים שאינם זכאי להם, תהא הקרן רשאית לבצע תיקונים/התאמות וכן לקזז את התשלום מתשלומי הפנסיה/מיתרתך הצבורה, לרבות קבלת החזר מהבנק לאחר פטירתך. לידיעתך, הוראה זו הינה בלתי חוזרת ולא תהא לך רשות לבטלה או לשנותה, וכוחה יהיה יפה גם לאחר פטירתך והיא תחייב גם את יורשיך, את אפוטרופוסך ומנהל עזבונו.
- לידיעתך, עליך להודיע לקרן על כל שינוי במצבך הרפואי אשר יש בו כדי להשפיע על כושרך לעבוד. כמו כן, הקרן רשאית לפנות אליך מעת לעת לצורך קבלת מסמכים בנוגע להמשך זכאותך לקבלת פנסיה נכות מהקרן.
- לתשומת לבך, ככל שתשהה מחוץ לישראל לתקופה רצופה העולה על שישה חודשים, יהיה עליך להמציא לקרן הפנסיה פרטים ליצירת קשר עמך בתקופת שהותך מחוץ לישראל, וכן להמציא לקרן הפנסיה "אישור חיים" אחת לחצי שנה עד שנה, בהתאם לדרישת הקרן, כל עוד תשהה מחוץ לישראל וזאת לצורך בדיקת זכאותך להמשך קבלת פנסיה.
- יובהר, כי אי המצאת אישור חיים כאמור, תביא להפסקה בתשלומי הפנסיות, בהתאם להוראות ההסדר התחיקתי.
- התנאים המלאים הינם התנאים המפורטים בתקנון הקרן וככל שישנה סתירה בין האמור בתקנון לבין האמור במסמך זה, יחולו הוראות תקנון הקרן.
- פרטיות:** הראל חברה לביטוח בע"מ, הראל פנסיה וגמל בע"מ והחברות המנהלות של הפנסיה והגמל ["הראל"] אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול חיי מוצרים, טיפול בתביעות, תשלומים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדיון, להתאים ולהציע מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא נוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשות ובכל הקשור בניהול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו. פירוט נוסף זמין במדיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדיור ישיר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.

חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

# הוראות מילוי כרטיס עובד (101)

מצ"ב הוראות למילוי כרטיס עובד + פירוט מסמכים רלוונטיים שנדרש לצרף.  
לתשומת לבך, נדרש להמציא כרטיס עובד (טופס 101) ממועד קבלת הקצבה לראשונה וכן בתחילת כל שנת מס.<sup>1</sup>  
לידיעתך, אי קבלת כל המסמכים הנדרשים (כמפורט מטה) עשויה להביא לניכוי דמי ביטוח לאומי ומס הכנסה בשיעורים המקסימליים הקבועים בחוק.

| הסבר לעמוד הראשון |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| כותרת             | שנת מס                    | יש לציין את שנת המס, ולמלא בגין כל שנת מס - החל משנת המס בה חל אובדן כושר עבודה ועד שנת המס הנוכחית.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| סעיף א'           | פרטי מעביד                | הנתונים מלאים, שם קרן הפנסיה ומספר תיק הניכויים.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| סעיף ב'           | פרטי עובד                 | יש למלא פרטים חסרים ו/או לעדכן פרטים קיימים - במידה וישנם שינויים יש לצרף צילום ת.ז. כולל ספח מעודכן - חובה לדווח על כל שינוי שחל בטופס 101.                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| סעיף ג'           | פרטים על ילדים            | 1. יש למלא במידה ויש לך ילדים שטרם מלאו להם 19 שנה.<br>2. יש למלא האם הילדים בחזקתך.<br>3. יש למלא האם הינך מקבל קצבת ילדים מביטוח לאומי.                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| סעיף ד'           | פרטים על הכנסות ממעביד זה | יש לסמן "קצבה".                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| סעיף ה'           | פרטים על הכנסות אחרות     | נא לסמן אם יש או אין הכנסות נוספות.<br>יש למלא כל הכנסה למעט קצבאות זיקנה, שאירים ו/או נכות, תלויים, נידות המשולמות ע"י המוסד לביטוח לאומי - או/ו קצבת נכות, קצבת הורים שכולים ממשד הביטחון, קצבאות אלו אינן נחשבות כהכנסה נוספת ואותן אין צורך לציין בסעיף זה.<br>במידה וצינת שיש לך הכנסות נוספות, יש לצרף תיאום מס הכנסה.<br>במידה והנך עצמאי הממלא דוח שנתי לרשויות המס נא סמן "ממקור אחר" וציין עצמאי, וצרף העתק משומה אחרונה. |
| סעיף ו'           | פרטים על בן/בת זוג        | יש למלא פרטי בן/בת הזוג והצהר/י על הכנסותיו/ה.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| סעיף ז'           | שינויים במהלך השנה        | יש למלא במקרה והיו שינויים בנתוניך האישיים (לדוג': מצב משפחתי, מצב הכנסות, כתובת וכו'). במידה והיו שינויים יש לצרף צילום ת.ז. כולל ספח מעודכן.                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

| הסבר לעמוד השני |                     |                                                                                   |
|-----------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| סעיף ח'         | סיבות לפטור / זיכוי | יש לסמן ב-X את הסעיפים הרלוונטיים ולצרף אישור בהתאם להנחיות בסעיף הרלוונטי בטופס. |
| סעיף ט'         | בקשה לתיאום מס      | מותנה בצירוף של אישור תיאום מס מפקיד שומה.                                        |
| סעיף י'         | הצהרה               | יש לציין תאריך ולחתום.                                                            |

<sup>1</sup>עמית המקבל תשלום בגין תקופה קודמת, בנוסף למבוקש לעיל, נדרש להמציא טופס 101 עבור כל אחת מהשנים.



| מסמכים שיש לצרף לכרטיס עובד (טופס 101) |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| תיאום מס                               | ככל והנך מקבל הכנסות נוספות, יש להמציא תיאום מס לשנת המס הנוכחית (עליך לגשת לפקיד שומה עם התלוש שתקבל בעת התשלום הראשון). לאחר קבלת תיאום המס - נעדכן את שיעור המס באותה שנת מס.                                                                                        |
| טופס בל/644                            | ככל והנך מקבל הכנסה נוספת, אך הכנסתך הראשונה נמוכה מהשיעור המופחת הקבוע בחוק, הנך נדרש למלא טופס זה (ניתן להוריד מאתר הביטוח הלאומי).<br>*נכון לשנת 2017 השיעור המופחת הקבוע בחוק הינו עד 5,804 ₪ לחודש.                                                                |
| טופס בל/619 (עקרת בית)                 | עמיתה העונה להגדרת "עקרת בית" נדרשת למלא טופס זה על מנת לקבל פטור מניכוי דמי ביטוח לאומי ודמי בריאות (ניתן להוריד טופס זה מאתר ביטוח לאומי).<br>*אישה נשואה שאינה עובדת ובן זוגה עמית.                                                                                  |
| בל/618 (אלמנה)                         | עמיתה שהינה אלמנה נדרשת להמציא בל/618 ממחלקת גביה במוסד לביטוח לאומי הקרובה למקום מגוריה וזאת על מנת לקבל פטור מניכוי דמי ביטוח לאומי ודמי בריאות.                                                                                                                      |
| בל/618 (נכות כללית)                    | עמיתה/ה המקבל מהמוסד לביטוח לאומי קצבת נכות כללית זמנית בשיעור של 75% לתקופה של שנה או קצבת נכות או קצבת נכות מעבודה בשיעור של 100%, נדרשת להמציא בל/618 ממחלקת גביה במוסד לביטוח לאומי הקרובה למקום מגוריה/ה וזאת על מנת לקבל פטור מניכוי דמי ביטוח לאומי ודמי בריאות. |

### פטורים מדמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות:

מי שעונה לאחד מהתנאים הבאים, זכאי לפטור מניכוי דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות. ככל שיתברר כי המידע שמסרת אינו תואם את המידע שנמצא במוסד לביטוח לאומי, תחוייב בדמי ביטוח ע"י הביטוח הלאומי:

- עקרת בית - אישה הנשואה לתושב ישראל, שאינה עובדת שכירה, ואינה עובדת עצמאית, ואינה נמצאת בחופשה ללא תשלום (חל"ת) - נדרשת להמציא טופס בל/619 המצ"ב.
  - מקבלי קצבת נכות כללית לצמיתות מהמוסד לביטוח לאומי בשיעור של 75% לפחות, או מקבלי קצבת נכות כללית זמנית בשיעור של 75% לתקופה של לפחות 12 חודשים - יש לצרף את האישור על הזכאות לפטור שנשלח אליך מהמוסד לביטוח לאומי.
  - מקבלי קצבת נכות מעבודה לצמיתות בשיעור של 100% - יש לצרף אישור מהמוסד לביטוח לאומי.
  - אישה הזכאית לקצבת שאירים או תלויים מהמוסד לביטוח לאומי - יש לצרף אישור מהמוסד לביטוח לאומי.
- לידיעה - מגיל הפרישה ואילך - לא חלה יותר חובת תשלום דמי ביטוח וללא קשר לעיסוקו/או הכנסתו של המבוטח.

סמון/י ✓ בריבוע המתאים

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד<sup>(1)</sup>

לפי תקנות מס הכנסה (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה), התשנ"ג - 1993

שנת המס

טופס זה ימולא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (אא"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעביד למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת<sup>(1)</sup> העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים.

{ראה הסברים (לפי המספרים) מעבר לדף}

**א. פרטי המעביד** (למילוי ע"י המעביד)

|                    |                   |            |                   |
|--------------------|-------------------|------------|-------------------|
| שם                 | כתובת             | מספר טלפון | מספר תיק ניכויים  |
| עתידיית קופת פנסיה | אבא הלל 3, רמת גן |            | 9 3 6 3 0 1 1 6 7 |

**פרטי העובדת** (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים. למי שאין מספר תעודת זהות יש לצרף צילום דרכון ואישור / רשיון שהייה בישראל שנתנו על ידי רשות האוכלוסין וההגירה)

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

ג. פרטים על ילדיי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות) ד. פרטים על הכנסותיי ממעביד זה

סמן/י  $\sqrt{\quad}$  ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך

סמן/י  $\sqrt{\quad}$  ליד שם הילד:

בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל

|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>תאריך תחילה העבודה<sup>(1)</sup></b><br>בשנת המס | אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                     | <input type="checkbox"/> משכורת חודש <sup>(2)</sup><br><input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת <sup>(3)</sup><br><input type="checkbox"/> משכורת חלקית <sup>(4)</sup><br><input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי) <sup>(5)</sup><br><input type="checkbox"/> קצבה <sup>(6)</sup><br><input type="checkbox"/> מלגה <sup>(1)</sup> |
| :   :   :   :   :                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

[illegible]

## ה) פרטים על הכנסות אחרות

□ אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות<sup>(1)</sup>

יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:

☐ משכורת חודש<sup>(2)</sup> ☐ קצבה<sup>(6)</sup>

☐ משכורת בעד משרה נוספת (3) ☐ מלגה (1)

☐ משכורת חלקית<sup>(4)</sup> ☐ ממקור א

☐ שכר עבודה (עובד יומי)<sup>(5)</sup>

אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן/י:

☐ אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו

(סעיף ד). איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת<sup>(7)</sup>

☐ אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה

אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו<sup>(8)</sup>

אין מפרישים עבורי לקרון השתלמות בגין הכנסתי

האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות

בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת<sup>(9)</sup>

☐ אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר

עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות

המעביד לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים

בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת<sup>(10)</sup>

ו. פרטים על בן/בת הזוג

|                                 |  |                                                                                                                                                                                |  |         |  |            |  |            |  |
|---------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------|--|------------|--|------------|--|
| מספר זהות (9 ספרות)             |  | שם משפחה                                                                                                                                                                       |  | שם פרטי |  | תאריך לידה |  | תאריך עליה |  |
|                                 |  |                                                                                                                                                                                |  |         |  |            |  |            |  |
| מספר דרכון (למי שאין מספר זהות) |  | <input type="checkbox"/> אין לבן/בת הזוג כל הכנסה <input type="checkbox"/> יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: <input type="checkbox"/> עבודה/קצבה/עסק <input type="checkbox"/> הכנסה אחרת |  |         |  |            |  |            |  |
|                                 |  |                                                                                                                                                                                |  |         |  |            |  |            |  |

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

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



^dt.15640

עמוד 4 מתוך 5

קוד מסמך 15640

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמך/י  $\sqrt{}$  בריבוע המתאים)

## י. הצהרה

## דברי הסבר למילוי טופס 101

- (1) **"עובד"** יחיד המקבל משכורת. **"מעביד"** אדם המשלם משכורת. **"משכורת"** הכנסת עבודה, קיצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכיו"ב.
- (2) **"עבודה"** לרבות קבלת משכורת. **"מלגה"** 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 לקצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת בעד משרה נוספת".
- (5) **"משכורת בעד עבודה של 5 שעות או פחות ליום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ-5 שעות ליום אך פחות מ-8 שעות בשבוע."** - **משכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.**
- (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) **"קצבה"** - מקצבה 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 מנעו מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- (9) **"אם העובד לא מילא משבצת זו"** - המעביד מנעו מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- (10) **"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.
- (11) **"אם העובד לא מילא משבצת זו"** - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- (12) **"הורה במשפחה הזוגית הוא אחד מאלה:** רוקח, רגיש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- (13) **"הורה יחיד - הורה"** במשפחה חד הורית שהיה לו ילד בשנת הכנסה מס שט"מ מלאו לו 19 שנים ושההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי הורה השני.
- (14) **"שכר עובד - שכר שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אם"ח, לפי העניין."**