

תחומי טיפול ושירותים נוספים במשרד:

ייעוץ וליווי
פיננסיהחזרי מס קורונה / מלחמת חרבות
ברזלתכנון פרישה
לפנסיהמיסוי מקרקעין / מס
שבחהחזרי מס
לשכירים

1. פרטים אישיים ופרטי בן/בת הזוג

פרטי הבעל:	שם:	ת.ז.:	ת. לידה:
טלפון:	נייד:	דוא"ל:	
שכר חודשי ממוצע:	מעסיק נוכחי:		
פרטי האישה:	שם:	ת.ז.:	ת. לידה:
טלפון:	נייד:	דוא"ל:	
שכר חודשי ממוצע:	מעסיק נוכחי:		
כתובת ומגורים:	ישוב:	רחוב:	מס' בית/דירה: מיקוד:
מצב משפחתי:	☐ רווק/ה	☐ נשוי/אה	☐ גרושה
	☐ אלמן/ה	☐ הורה יחידני	תאריך נישואין/גירושין:
ילדים ומגורים:	מספר ילדים:	שנות לידה של הילדים:	

2. שאלון בירור נתונים וזכאויות (יש לסמן V ורלוונטיות לגבי כל סעיף)

#	נושא / שאלה לבדיקה	בעל	אישה	פירוט / נתונים נוספים
1	האם הוגשה בעבר בקשה להחזר מס עבור השנים המבוקשות?	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	שנים שהוגשו: _____
2	האם היה לך בעבר תיק פעיל ברשות המסים (עצמאי/חברה) או קיים חוב במס?	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	פירוט חוב/תיק: _____
3	האם היית בהפסקה מעבודה (רצופה) מעל חודש ימים ללא תשלום?	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	חודשים/שנים: _____
4	האם החלפת מקום עבודה ב-6 השנים האחרונות?	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	מספר מעסיקים: _____
5	האם עבדת במקביל ב-2 מקומות עבודה או יותר? (תיאום מס)	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	בוצע תיאום מס? כן / לא
6	האם קיבלת תגמולים/קצבאות מביטוח לאומי? (אבטלה, מילואים, לידה, פגיעה בעבודה, נכות וכדומה)	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	סוג גמלה/שנה: _____

#	נושא / שאלה לבדיקה	בעל	אישה	פירוט / נתונים נוספים
7	האם נפדו כספים מוקדם מקופות גמל, קרן השתלמות, ביטוח חיים או פנסיה ושולם מס?	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	סכום/שנה: _____
8	האם התקבלו פיצויים בגין נזקי גוף (מחברת ביטוח או מביטוח לאומי)?	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	פרט: _____
9	האם משולמים ביטוחים פרטיים באופן עצמאי? (ביטוח חיים, אובדן כושר עבודה, משכנתא)	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	חברת ביטוח: _____
10	האם תרצת לקבל ייעוץ פנסיוני מקיף ובדיקת תיק הביטוחים?	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	תאריך מבוקש: _____
11	האם תרצה לקבל ייעוץ משכנתאות ומחזור משכנתא?	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	תאריך מבוקש: _____
12	האם יש בן משפחה בעל מוגבלות רפואית/סיעודית המקבל גמלה או נקבעו לו אחוזי נכות?	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	פרט: _____
13	האם עברת אירוע רפואי משמעותי, מחלה ממושכת או נקבעה נכות רפואית (זמנית/קבועה)?	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	שיעור נכות/שנה: _____
14	האם יש ילד הלומד בחינוך מיוחד, במסגרת מתוגברת, לקוי למידה או שוהה במוסד מיוחד?	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	פרט: _____
15	לגרופים/ות: האם משולמים דמי מזונות עבור הילדים/בן הזוג?	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	סכום חודשי: _____
16	האם תרמת למוסדות מוכרים (סעיף 46) בסכום המצטבר למעלה מ-400 ש"ח בשנה?	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	יש לצרף קבלות מקוריות
17	האם סיימת לימודים אקדמיים / תעודת הוראה / קורס מקצועי (מעל 1,700 שעות)?	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	שנת סיום: _____
18	האם ביצעת עסקת מקרקעין (קנייה/מכירה/מתנה/ירושה) או קיים חוב במס שבח/רכישה?	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	פרט: _____
19	האם התגוררת ביישוב מוטב המעניק זיכוי ממס ב-6 השנים האחרונות?	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	שם יישוב ושנים: _____
20	האם שולם מס על רווחי הון, ניירות ערך, תוכניות חיסכון או מניות מעביד?	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	בנק/בית השקעות: _____
21	האם הוגשה בעבר תביעה למענק עבודה (מס שלילי)?	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	שנים: _____
22	האם ידוע לך על קופות גמל/פנסיה/ביטוח לא פעילות (איתור כספים אבודים)?	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	מעוניין בביצוע מסלקה: כן/לא
23	האם יש לך מכרים/חברים העשויים להיות זכאים להחזר מס?	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	שם וטלפון: _____

הצהרת הלקוח/ה:

אני מצהיר/ה בזאת כי כל הפרטים והנתונים שמסרתי בשאלון זה הינם נכונים, מלאים ומדויקים לפי מיטב ידיעתי. ידוע לי כי הבדיקה והטיפול מבוססים על נתונים אלו, וכי האחריות לדיוק הנתונים והמצאת האישורים הנדרשים חלה עליי.

שם מלא: _____

תאריך: 2026/____/____

חתימה: _____