

1. הפטור ממס עפ"י סעיף 9(5) לפקודת מס הכנסה, ניתן לעיוור או לנכה שנקבעה לו נכות בשיעור של 100%, או נכות בשיעור של 90% לפחות, מחמת שלקה באיברים שונים והאחוז האמור הוא תוצאה של חישוב מיוחד של הליקוי באיברים השונים (בשיטת האחוז הפוחת), שבלעדיו היה נקבע אחוז נכות של 100% לפחות, ומגבלה אחת בשיעור של 40% לפחות, ובתנאי שתקופת הנכות היא 185 ימים לפחות.
 2. אם נקבעו לך אחוזי נכות כאמור, לפי אחד החוקים המפורטים בסעיף 3 לטופס "בקשה לקביעת אחוזי נכות לצורך פטור ממסים" (טופס 169 המצ"ב), הינך זכאי לפטור ממס כאמור. לצורך מימוש הפטור יש לפנות לפקיד השומה עם פרוטוקול הועדה.
 3. אם לא נקבעה נכותך עפ"י אחד החוקים האמורים, או שנקבעה נכותך בשיעור הנמוך מהנדרש לצורך פטור ממס הכנסה, אחוז הנכות יקבע ע"י ועדה רפואית של מס הכנסה המתקיימת במוסד לביטוח לאומי.
 4. לצורך הבדיקה הרפואית, יהיה עליך לשלם למוסד לביטוח לאומי את הוצאותיו. התשלום הינו עבור הבדיקה ונקבע ע"י המוסד לביטוח לאומי. שובר התשלום יינתן לך ע"י פקיד השומה. לאחר התשלום, עליך לצרף לטופס הבקשה את שובר התשלום, חתום ע"י הבנק. ניתן לשלם גם באתר הביטוח הלאומי.
 5. לשם העברת הבקשה לטיפול במוסד לביטוח לאומי, הינך מתבקש להמציא למשרדנו את המסמכים הבאים:
 - א. טופס "בקשה לקביעת אחוזי נכות לצורך פטור ממסים" (טופס 169), אחרי שמולאו בו כל הפרטים הנדרשים.
 - ב. כל המסמכים הרפואיים המתייחסים לבקשתך כגון: חוות דעת רפואיות, סיכומי מחלות, צילומי רנטגן, תוצאות בדיקות רפואיות וכיו"ב.
 - ג. יש להגיש טופס ויתור על סודיות רפואית (עמוד 4 לטופס 169 המצ"ב) חתום בארבעה העתקים, אחרי שמולאו בו כל הפרטים הנדרשים.
 - ד. קבלה על תשלום ההוצאות של המוסד לביטוח לאומי, כפי שנקבעו ע"י המוסד. לידיעתך: אי פירוט ליקוי או פגימה בטופס 169 וכן העדר מסמכים רפואיים, עלולים לגרום לאי קביעת אחוזי נכות בגין הליקוי או הפגם.
 6. המסמכים שתמציא לנו, יועברו על-ידינו לסניף המוסד לביטוח לאומי הסמוך למקום מגוריך.
 7. הזמנה להתייצב בפני הוועדה הרפואית תישלח אליך עם פירוט המועד והמקום, ע"י המוסד לביטוח לאומי. אם לא תתייצב בפני הוועדה במועד הנקוב בהזמנה, או במועד אחר שקבעה, מבלי שהודעת למוסד לביטוח לאומי על-כך בכתב, לפחות 4 ימים לפני המועד, או מבלי שנתת סיבה מתקבלת על הדעת לאי התייצבותך, רואים את בקשתך כאילו לא הוגשה. בקשה מחדש לקביעת אחוזי נכות כרוכה בתשלום הוצאות.
- אם הינך מסכים שהוועדה הרפואית תקבע את אחוזי הנכות לפי המסמכים שהגשת, ללא נוכחותך, יש לציין זאת במקום המיועד לכך בטופס הבקשה (טופס 169).
- יצוין כי הוועדה רשאית לזמן אותך לבדיקה על אף הסכמתך הנ"ל.
- לידיעתך: יתכן שתוזמן למספר רופאים, בהתאם למומחיות הנדרשת עפ"י הליקויים והמחלות שהמצאת לגביהם מסמכים.

8. לאחר שהוועדה הרפואית תקבע את אחוזי הנכות, תקבל מהמוסד לביטוח לאומי הודעה על אחוזי הנכות שנקבעו לך.

במקביל, תיקך הרפואי יועבר להמשך טיפול במשרד פקיד השומה.

עם סיום הטיפול, תקבל ממשרד פקיד השומה הודעה בכתב, בצירוף העתק פרוטוקולי הדיונים.

בוועדות מסוג תום זמניות אין צורך לשלם את הוצאות הוועדה.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

רשות המסים בישראל

דף 1 מתוך 4

169

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

באמצעות פקיד השומה

בקשה לקביעת אחוזי נכות לצורך פטור ממסים

עפ"י תקנות מס הכנסה (קביעת אחוז נכות), התש"ם - 1979

יש לסמן v בריבוע המתאים

חותמת נתקבל פקיד שומה

חותמת נתקבל ביטוח לאומי

אני, הח"מ, מבקש לעבור בדיקה של ועדה רפואית, לצורך קבלת פטור/הנחה ממסים, ואני מבקש לקבוע לי את אחוזי הנכות עפ"י התקנות הנ"ל.

בקשה ראשונה

החמרה

תום זמניות

1. פרטי המבקש

החמרה ותום זמניות ניתן להגיש לאחר שחלפו 6 חודשים מיום החלטת הוועדה האחרונה,

ובתנאי שאין הליך מקביל של ערר או ערעור לבית הדין

שם פרטי

שם משפחה

מין

זכר

נקבה

תאריך לידה

מספר זהות

כתובת מגורים

הרחוב

מספר הבית

היישוב

מיקוד

כתובת למשלוח דואר

הרחוב

מספר הבית

היישוב

מיקוד

מספר טלפון נייד

כתובת דואר אלקטרוני

מספר טלפון בבית

מספר טלפון בעבודה

2. הליקויים ו/או הפגימות לגביהם אני מבקש/ת בדיקה ע"י הוועדה (אם המקום אינו מספיק, ניתן לצרף דף נוסף)

לידיעתך: אי פירוט ליקוי או פגימה וכן העדר מסמכים רפואיים עלולים לגרום לאי קביעת אחוזי נכות בגין הליקוי או הפגם.

1.

פירוט הליקויים ו/או המחלות

בעיה נפשית (מקבל טיפול)

מתאריך (שנה, חודש)

האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?

כן

לא

האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?

כן

לא

האם צורף מסמך רפואי?

כן

לא

2.

פירוט הליקויים ו/או המחלות

הפרעות בבלוטת התריס

מתאריך (שנה, חודש)

האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?

כן

לא

האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?

כן

לא

האם צורף מסמך רפואי?

כן

לא

3.

פירוט הליקויים ו/או המחלות

יתר לחץ דם

מתאריך (שנה, חודש)

האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?

כן

לא

האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?

כן

לא

האם צורף מסמך רפואי?

כן

לא

4.

פירוט הליקויים ו/או המחלות

ליקוי שכלי

מתאריך (שנה, חודש)

האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?

כן

לא

האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?

כן

לא

האם צורף מסמך רפואי?

כן

לא

5.

פירוט הליקויים ו/או המחלות

ליקוי שמיעה

מתאריך (שנה, חודש)

האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?

כן

לא

האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?

כן

לא

האם צורף מסמך רפואי?

כן

לא

6.

פירוט הליקויים ו/או המחלות

ליקויי ראייה ומחלת עיניים - האם קיבלת תעודת

עיוור ממשד הרווחה - השירות לעיוור

כן

לא

מתאריך (שנה, חודש)

האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?

כן

לא

האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?

כן

לא

האם צורף מסמך רפואי?

כן

לא

7.

פירוט הליקויים ו/או המחלות

מחלה אורטופדית

(גפיים עליונות ותחתונות, גב, צוואר, דלקת פרקים)

מתאריך (שנה, חודש)

האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?

כן
לא
האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?

כן
לא
האם צורף מסמך רפואי?

כן
לא
8.
פירוט הליקויים ו/או המחלות
מחלות בתחום ניורולוגי
(כולל אלצהיימר, פרקינסון, אפילפסיה ואירוע מוחי)
מתאריך (שנה, חודש)
האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?

כן
לא
האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?

כן
לא
האם צורף מסמך רפואי?

כן
לא
9.
פירוט הליקויים ו/או המחלות
מחלות דרכי עיכול (כולל קיבה ומעיים)
מתאריך (שנה, חודש)
האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?

כן
לא
האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?

כן
לא
האם צורף מסמך רפואי?

כן
לא
10.

פירוט הליקויים ו/או המחלות
מחלת כבד (כולל צהבת)
מתאריך (שנה, חודש)
האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?

כן
לא
האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?

כן
לא
האם צורף מסמך רפואי?

כן

לא

11.

פירוט הליקויים ו/או המחלות

מחלת כליות (כולל דיאליזה)

מתאריך (שנה, חודש)

האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?

כן

לא

האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?

כן

לא

האם צורף מסמך רפואי?

כן

לא

12.

פירוט הליקויים ו/או המחלות

מחלת לב

מתאריך (שנה, חודש)

האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?

כן

לא

האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?

כן

לא

האם צורף מסמך רפואי?

כן

לא

13.

פירוט הליקויים ו/או המחלות

מחלת עור

מתאריך (שנה, חודש)

האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?

כן

לא

האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?

כן

לא

האם צורף מסמך רפואי?

כן

לא

14.

פירוט הליקויים ו/או המחלות

מחלת ריאות (כולל אסטמה)

מתאריך (שנה, חודש)

האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?

כן
לא
האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?
כן
לא
האם צורף מסמך רפואי?
כן
לא
15.
פירוט הליקויים ו/או המחלות
סוכרת
מתאריך (שנה, חודש)
האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?
כן
לא
האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?
כן
לא
האם צורף מסמך רפואי?
כן
לא
16.
פירוט הליקויים ו/או המחלות
סרטן (כולל לימפומה ולוקמיה)
מתאריך (שנה, חודש)
האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?
כן
לא
האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?
כן
לא
האם צורף מסמך רפואי?
כן
לא
17.
פירוט הליקויים ו/או המחלות
אחר
מתאריך (שנה, חודש)
האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?
כן
לא
האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?
כן
לא
האם צורף מסמך רפואי?
כן

לא

18.

פירוט הליקויים ו/או המחלות

אחר

מתאריך (שנה, חודש)

האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?

כן

לא

האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?

כן

לא

האם צורך מסמך רפואי?

כן

לא

19.

פירוט הליקויים ו/או המחלות

אחר

מתאריך (שנה, חודש)

האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?

כן

לא

האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?

כן

לא

האם צורך מסמך רפואי?

כן

לא

20.

פירוט הליקויים ו/או המחלות

אחר

מתאריך (שנה, חודש)

האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?

כן

לא

האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?

כן

לא

האם צורך מסמך רפואי?

כן

לא

נא סמן/י האם עברת אחת או יותר מהבדיקות המפורטות להלן בשנתיים האחרונות (אם כן, נא

צרף/י את תוצאות הבדיקות):

אקו לב

EMG

CT (טומוגרפיה ממוחשבת)

MRI (תהודה מגנטית)

תפקוד ראות

צנתור

אנדוסקופיה

ר"י, אגף בכיר טכנולוגיות דיגיטליות ומידע (מעודכן ל - 8.2026)

דף 2 מתוך 4

169

3. מידע על נכות מועדות קודמות

3א. נקבעו לי אחוזי נכות עפ"י אחד החוקים דלהלן

יש לצרף:

אישור עדכני

פרוטוקול הוועדה הרפואית.

החוק

חוק הנכים (תגמולים ושיקום)

בשיעור

%

מתאריך

עד תאריך

החוק

חוק נכי המלחמה בנאצים

בשיעור

%

מתאריך

עד תאריך

החוק

חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה

בשיעור

%

מתאריך

עד תאריך

החוק

חוק הביטוח הלאומי - נכות כללית ו/או נפגעי עבודה (לרבות מתנדבים)

בשיעור

%

מתאריך

עד תאריך

החוק

חוק לפיצוי נפגעי גזזת

3ב. להלן פירוט סעיפי הליקוי בהם נקבעו לי אחוזי נכות ע"י הוועדה מכח אחד החוקים

המפורטים בסעיף 3א (אם המקום אינו מספיק, ניתן לצרף דף נוסף)

לידיעתך: אי פירוט ליקוי או פגימה וכן העדר מסמכים רפואיים, עלולים לגרום לאי קביעת אחוזי

נכות בגין הליקוי או הפגם.

1.

פירוט הליקויים ו/או המחלות

בעיה נפשית (מקבל טיפול)

מתאריך (שנה, חודש)

עד תאריך (שנה, חודש)

ס' ליקוי

2.

פירוט הליקויים ו/או המחלות

הפרעות בבלוטת התריס

מתאריך (שנה, חודש)

עד תאריך (שנה, חודש)

ס' ליקוי

3.

פירוט הליקויים ו/או המחלות

יתר לחץ דם

מתאריך (שנה, חודש)

עד תאריך (שנה, חודש)

ס' ליקוי

4.

פירוט הליקויים ו/או המחלות

ליקוי שכלי

מתאריך (שנה, חודש)

עד תאריך (שנה, חודש)

ס' ליקוי

5.

פירוט הליקויים ו/או המחלות

ליקוי שמיעה

מתאריך (שנה, חודש)

עד תאריך (שנה, חודש)

ס' ליקוי

6.

פירוט הליקויים ו/או המחלות

ליקויי ראייה ומחלת עיניים - האם קיבלת תעודת

עיוור ממשד הרווחה - השירות לעיוור

כן

לא

מתאריך (שנה, חודש)

עד תאריך (שנה, חודש)

ס' ליקוי

7.

פירוט הליקויים ו/או המחלות

מחלה אורטופדית (גפיים עליוניות ותחתונות, גב, צוואר, דלקת פרקים)

מתאריך (שנה, חודש)

עד תאריך (שנה, חודש)

ס' ליקוי

8.

פירוט הליקויים ו/או המחלות

מחלות בתחום ניורולוגי (כולל אלצהיימר, פרקינסון, אפילפסיה ואירוע מוחי)

מתאריך (שנה, חודש)

עד תאריך (שנה, חודש)

ס' ליקוי

9.

פירוט הליקויים ו/או המחלות
מחלות דרכי עיכול (כולל קיבה ומעיים)
מתאריך (שנה, חודש)
עד תאריך (שנה, חודש)
ס' ליקוי

10.

פירוט הליקויים ו/או המחלות
מחלת כבד (כולל צהבת)
מתאריך (שנה, חודש)
עד תאריך (שנה, חודש)
ס' ליקוי

11.

פירוט הליקויים ו/או המחלות
מחלת כליות (כולל דיאליזה)
מתאריך (שנה, חודש)
עד תאריך (שנה, חודש)
ס' ליקוי

12.

פירוט הליקויים ו/או המחלות
מחלת לב
מתאריך (שנה, חודש)
עד תאריך (שנה, חודש)
ס' ליקוי

13.

פירוט הליקויים ו/או המחלות
מחלת עור
מתאריך (שנה, חודש)
עד תאריך (שנה, חודש)
ס' ליקוי

14.

פירוט הליקויים ו/או המחלות
מחלת ריאות (כולל אסטמה)
מתאריך (שנה, חודש)
עד תאריך (שנה, חודש)
ס' ליקוי

15.

פירוט הליקויים ו/או המחלות
סוכרת
מתאריך (שנה, חודש)
עד תאריך (שנה, חודש)
ס' ליקוי

16.

פירוט הליקויים ו/או המחלות
סרטן (כולל לימפומה ולוקמיה)
מתאריך (שנה, חודש)

עד תאריך (שנה, חודש)
ס' ליקוי

17.

פירוט הליקויים ו/או המחלות
אחר

מתאריך (שנה, חודש)
עד תאריך (שנה, חודש)

ס' ליקוי

18.

פירוט הליקויים ו/או המחלות
אחר

מתאריך (שנה, חודש)
עד תאריך (שנה, חודש)

ס' ליקוי

19.

פירוט הליקויים ו/או המחלות
אחר

מתאריך (שנה, חודש)
עד תאריך (שנה, חודש)

ס' ליקוי

20.

פירוט הליקויים ו/או המחלות
אחר

מתאריך (שנה, חודש)
עד תאריך (שנה, חודש)

ס' ליקוי

נא סמך/י האם עברת אחת או יותר מהבדיקות המפורטות להלן בשנתיים האחרונות (אם כן, נא צרף/י את תוצאות הבדיקות):

אקו לב

EMG

CT (טומוגרפיה ממוחשבת)

MRI (תהודה מגנטית)

תפקוד ראות

צנתור

אנדוסקופיה

4. הסכמה לקביעת הנכות ע"י הרופא ללא נוכחות

אני מסכים בזאת, שרופא יקבע לי את אחוזי הנכות הרפואית, ע"פ מסמכים בלבד ובלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שאף שנתתי את הסכמתי לכך, ייתכן שיהיה עליי להגיע לבדיקה, אם הרופא ידרוש זאת.

מסכים

לא מסכים

5. מצורפת קבלה (בתום זמניות לא נדרש לשלם את הוצאות הוועדה)

קבלה על תשלום הוצאות המוסד לביטוח לאומי.

6. הסכמה להעברת החלטת הוועדה ע"י הביטוח הלאומי לצורך מיצוי זכויות

אני הח"מ מסכים כי החלטת הוועדה הרפואית תימסר לגופים אחרים ע"י הביטוח הלאומי לצורך מיצוי זכויותיי. (כגון חברת חשמל)

מסכים
לא מסכים
לשימוש המשרד בלבד
דף 3 מתוך 4
169

7. מגבלות לביצוע וועדה

כסא גלגלים

שפה

עיוור

חרש

מגבלת זמן (ימים)

אם המבוטח מיוצג ע"י עו"ד או אם אינו יכול להגיש תביעה עקב מצבו הבריאותי. על מגיש התביעה למלא את הפרטים הבאים:

יחס קרבה לתובע

קרוב משפחה

עו"ד

אפוטרופוס

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות

ייפוי כח

צו אפוטרופוס

פסק דין

אחר:

אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין איזה וצרף העתק

טלפון להתקשרות

דואר אלקטרוני

@

פרטי חשבון בנק *

* פרטי חשבון הבנק הינם למקרה שלא תתקיים וועדה והמל"ל יבקש להשיב את תשלום הוצאות

הוועדה

בנק

מספר סניף

סמל סניף

סמל בנק

מספר חשבון

8. הבהרה

מובהר בזאת כי יש להגיש את כל המסמכים הרפואיים ולציין את סעיפי הליקוי בטופס. לא

יתקבלו מסמכים רפואיים נוספים לאחר הגשת הבקשה להמשך טיפול. רק לאחר הגשת

המסמכים לרבות שובר התשלום, משולם, תועבר בקשתך להמשך טיפול בביטוח לאומי.

9. הצהרה

אני מצהיר כי הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים ומלאים וכי ידועים לי הוראות החוק והעונשים

על אי הצהרת אמת

תאריך

שם

חתימה

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי סניף

הנני מפנה אליכם את הנ"ל לבדיקה ע"י ועדה רפואית של מוסדכם, לקביעת אחוז נכותו עפ"י תקנות מס הכנסה (קביעת אחוז נכות), התש"ם - 1979.

בכבוד רב,

תאריך

שם

תפקיד

חתימה

דף 4 מתוך 4

169

ויתור על סודיות רפואית

ויתור על סודיות רפואית - המוסד לביטוח לאומי

לכבוד

פרטי המבקש

שם

מספר זהות

חבר קופ"ח

כתובת

הצהרה

אני הח"מ, שפרטי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי, לרשות המיסים או לבאי כוחם, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, או כל מידע אחר שידרש על ידם או כל מסמך רפואי אודותי

תאריך

שם

חתימה