

**אוניברסיטת בר-אילן - יחידת המשכורת**  
 טל. 03-5318497 פקס 03-7384100  
 שאלון אישי (במקום טופס 101)



**א. פרטים אישיים**

מס' זהות / דרכון	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה

**ב. פרטים להעברת המשכורת**

שם הבנק	סמל	כתובת הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון

**ג. פרטי שירות צבאי, קופת חולים ומס ארגון**

מס' אישי	שם קופת חולים	חבר הסתדרות	שם ההסתדרות
	1 כללית	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
	2 לאומית		
	3 מכבי		
	4 מאוחדת		
	5 אסף		
	6 אחר		

**ד. כתובת וטלפון**

שם ישוב/עיר	מיקוד	רחוב ומס' בית	חיוג	טלפון

**ה. מצב משפחתי**

הערה: גרושה/רווקה שבחזקתם ילדים יצייננו:

אצלי     לא אצלי

מתאריך	נ ק ב ה	ז כ ר
	5 רווקה    7 גרושה	3 גרוש    1 רווק
	6 נשואה    8 אלמנה	4 אלמן    2 נשוי

**ו. פרטי בן/בת זוג**

מס' זהות / דרכון	תאריך לידה	שם פרטי	בן/בת זוג עובד/ת
			<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

**ז. הערה: קצבת זיקנה מבטוח לאומי פטורה ממס הכנסה.**

פנסיה ממקום עבודה אחר חייבת במס הכנסה ובן/ת הזוג נחשב/ת כעובד/ת.

**ח. ילדים שטרם מלאו להם 18 בשנת המס**

מס' זהות	תאריך לידה	שם	נ ז

**ט. פרטים על הכנסה נוספת (נא לסמן בכל מקרה. אי מילוי יחשב כהכנסה נוספת)**

<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	א. הכנסה אחרת החייבת במס ב. קיצבת זיקנה מביטוח לאומי ג. קיצבת פנסיה מעבודה
---	--

**י. פרטי מחלקה**

שם המחלקה בה את/ה עובד/ת	בנין המחלקה	טלפון פנימי

**יא. הצהרה**

הנני מצהיר/ה בזה כי הפרטים שמסרתי לעיל הינם מלאים ונכונים ומתחייב/ת להודיע למעבידי על כל שינוי שיחול בהם תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.  
 תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_