|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\hilaelifantz\Downloads\facebook.jpg | אוניברסיטת בר-אילן – יחידת המשכורתטל' 03-5318497 פקס 03-7384100שאלון אישי (במקום 101) |

1. **פרטים אישיים**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **מס' זהות / דרכון** | **שם משפחה** | **שם פרטי** | **תאריך לידה** | **תאריך עליה** |
|  |  |  |  |  |

\*נא לציין ספרת ביקורת

**הבנק להעברת המשכורת**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **שם הבנק** | **סמל** | **כתובת הבנק** | **שם הסניף** | **מס' הסניף** | **מס' החשבון** |
|  |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **מס' אישי** | **שם קופת החולים** | **חבר הסתדרות** | **שם ההסתדרות** |
|  |  | כן / לא |  |

1. **כתובת וטלפון**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **יישוב** | **מיקוד** | **רחוב ומס' בית** | **טלפון** |
|  |  |  |  |

1. **מצב משפחתי**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **מצב משפחתי (לציין רווק/ה, נשוי/אה, גרוש/ה, אלמן/נה)** | **מתאריך** | **הערה: גרוש/ה, רווק/ה שבחזקתם ילדים יציינו:****אצלי / לא אצלי** |
|  |  |

1. **פרטי בן / בת זוג**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **מס' זהות / דרכון** | **תאריך לידה** | **שם פרטי** | **בן / בת הזוג עובד/ת** |
|  |  |  |  כן / לא |

\*נא לציין ספרת ביקורת

הערה: קצבת זקנה מבטוח לאומי פטורה ממס הכנסה.

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

1. ילדים שטרם מלאו להם 18 בשנת המס (ניתן להוסיף שורות לפי הצורך)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| מס' זהות | תאריך לידה | שם | זכר / נקבה |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

|  |
| --- |
| **אני עובד משרה: מלאה / חלקית / חלקית יחידה ומקבל:**1. הכנסה אחרת החייבת במס כן / לא
2. קצבת זקנה מביטוח לאומי כן / לא
3. קצבת פנסיה מעבודה כן / לא
 |

1. פרטי מחלקה

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **שם הפקולטה / מחלקה** | **בניין** | **טלפון פנימי** |
|  |  |  |

1. 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: |