

ש.ח.פ. ח.פ. 513238311

המרכז להחזרי מס בע"מ

ת.ד. 8467 ראשון לציון 75183, טלפון: 03-9505018, פקס: 03-9583981

פרטים אישיים (סודיות מובטחת)

שם המשפחה: _____

כתובת: _____

מייל: _____ @ _____ בעל

שם פרטי: _____

תאריך לידה: _____

תעודת זהות: _____

מקצוע: _____

מצב משפחתי: (רווק, נשוי, גרוש, אלמן, פרוד) מאיזו שנה: _____

ילדים: כן/ לא מס' ילדים _____ שנות לידה: _____

שאלון זכאות לשנים 2014-2019 לשכירים

| בן/ת זוג | ראשי | |
|-----------------------|-------|--|
| כן/לא | כן/לא | 1. האם בין השנים 2014-2019 היית שכיר או גמלאי? |
| כן/לא | כן/לא | 2. האם ניכו לך מס הכנסה? |
| ארועים בעבודה | | |
| כן/לא | כן/לא | 1. האם בין השנים 14-19 לא עבדת חודש אחד לפחות? |
| כן/לא | כן/לא | 2. האם בין השנים 14-19 קיבלת דמי לידה/אבטלה/פגיעה/מילואים/הבטחת הכנסה? |
| כן/לא | כן/לא | 3. האם בין השנים 14-19 קיבלת פיצויי פרישה או יצאת לפנסיה? |
| כן/לא | כן/לא | 4. האם בין השנים 14-19 הגשתם החזרי מס למס הכנסה? |
| ארועים רפואיים | | |
| כן/לא | כן/לא | 5. האם בין השנים 14-19 היה לך ילד/ה לקוי/ה למידה? (לרבות ADD,ADHD)? |
| כן/לא | כן/לא | 6. האם בין השנים 14-19 היה לך ילד/ה שסבל/ה מקשיי התפתחות, מפגר, משותק, עיוור, או חולה מחלה קשה? (לרבות חירש-אילם, טלסמיה, דיסאטונומיה, סיסטיק פיברוזיס וכד') |
| כן/לא | כן/לא | 7. האם בין שנים 14-19 היה לך ילד/ה שקיבל/ה קצבת נכות? (גם מעל גיל 18) |
| כן/לא | כן/לא | 8. האם בין השנים 14-19 אושפזת עקב ניתוח, ארוע לב, אירוע מוחי או אירוע רפואי קשה אחר? |
| כן/לא | כן/לא | 9. האם בין השנים 14-19 שילמת הוצאות החזקת קרוב משפחה במוסד? |
| ארועים אישיים | | |
| כן/לא | כן/לא | 10. האם בין השנים 14-19 הפקדת כספים עצמאית לקופת גמל/לפנסיה/ביטוח חיים/משכנתא/אובדן כושר לך, לבן זוגך או ילדך? |
| כן/לא | כן/לא | 11. האם אתה מעוניין במחזור משכנתא? גובה יתרת המשכנתא _____ |
| כן/לא | כן/לא | 12. האם בין השנים 14-19 נוכה לך מס שבח או מס על רווחי הון? (פקדונות, ניירות ערך וכד') |
| כן/לא | כן/לא | 13. האם בין השנים 14-19 שילמת מזונות? |
| כן/לא | כן/לא | 14. האם בין השנים 14-19 היית משפחה חד הורית? |
| כן/לא | כן/לא | 15. האם עלית לארץ אחרי 1.7.2010? |
| כן/לא | כן/לא | 16. האם בין השנים 14-19 היו לך הוצאות להנצחת קרוב משפחה שנספה במערכה או בפעולות איבה? |
| כן/לא | כן/לא | 17. האם השתחררת משרות צבאי או שירות לאומי אחרי 1.1.2010? |
| כן/לא | כן/לא | 18. האם בין השנים 14-19 תרמת למוסד ציבורי מוכר יותר מ 400 ש"ח בשנה? |
| כן/לא | כן/לא | 19. האם בין השנים 14-19 התגוררת בישוב ספר? |
| כן/לא | כן/לא | 20. האם סיימת לימודים אקדמיים בשנת 2011 ואילך? |

* נא לצרף 140 ש"ח עבור כל שנת בדיקה. לאחר הנחה – עד 6 שנות בדיקה 420 ש"ח=140x3 ש"ח

חשוב מאוד

נא עבור על כל הטופס, מלא את הפרטים החסרים בתשומת לב רבה

חתימתך מעידה על קריאת כל הטופס (משני צדדיו)

X חתימה

הפוך דף



ש.ח.פ. ח.פ. 513238311

המרכז להחזרי מס בע"מ
החזרי מס הכנסה לשכירים

ת.ד. 8467 ראשון לציון 75183, טלפון: 03-9505018, פקס: 03-9583981

נא להמציא למשרדנו את המסמכים הבאים:

1. טפסי 106 אישורי משכורות (כולל פנסיה) לבעל ואישה לשנים 14,15,16,17,18,19.
2. צילום תעודות זהות +ספח.
3. טפסי 161 (פיצויים ופריסה).
4. קבלות בגין תרומות.
5. תעודת עולה חדש/חייל משוחרר/תושב ספר - בהתאם.
6. אישורי הפקדות לצורך מס קופות גמל, ביטוחי חיים.
7. ועדת השמה/אישור אחוזי נכות מביטוח לאומי.
8. הסכם מזונות.
9. דו"ח לוח סילוק יתרת משכנתא.
10. חתימה על יפוי כוח למס הכנסה וביטוח לאומי.
11. חתימה על שטר חוב לפיקדון להבטחת התשלום על ידכם.
12. 140 ש"ח עבור כל שנת בדיקה.

כדאי לכל אחד, ניתן רק להרוויח

הצהרת הלקוח:

1. רצ"ב כל המסמכים שהתבקשתי להמציא לכם לצורך חישוב המס.
2. אם חברת ש.ח.פ. המרכז להחזרי מס בע"מ תודיע לי כי הנני זכאי להחזרי מס, והיא תגיש את המסמכים לשלטונות מס ההכנסה, הנני מתחייב(ת) לשלם לחברת ש.ח.פ. המרכז להחזרי מס בע"מ שכר טרחה בשיעור של 20% מיום החזר שאקבל או שאזוכה, בתוספת מע"מ כחוק כנגד חשבונית מס.
3. אני מתחייב(ת) להודיע לחברת ש.ח.פ. המרכז להחזרי מס בע"מ על קבלת ההודעה ו/או החזר ממס הכנסה ולשלם את המגיע לה לא יאוחר מ- 5 (חמישה) ימים ממועד קבלת הודעה על החזר המס.
4. אם, לאחר בדיקת המסמכים ולאחר שהודעתם לי על החזר המס המשוער, אחליט לבטל את ההסכם עמכם ולא ארצה שתייצגו אותי עוד בפני שלטונות המס, כי אז הנני מתחייב(ת) לשלם לכם שכר טרחה בשיעור של 10% בלבד מן הסכום המשוער של החזר המס על פי הודעתכם, בתוספת מע"מ כחוק כנגד חשבונית מס.
5. ידוע לי/לנו כי לחברת ש.ח.פ. המרכז להחזרי מס בע"מ אין כל התחייבות לייצג אותי/אותנו בעתיד כנגד כל תביעה או דרישה כלשהי מטעם שלטונות מס הכנסה.
6. עוד הריני לאשר שידוע לי/לנו כי חובת הדיווח לשלטונות המס על הכנסות/ינו חלה עלי/עלינו בלבד וחברת ש.ח.פ. המרכז להחזרי מס בע"מ אינה נושאת באחריות כלשהי לעצם הדיווח בגין השנה שבגינה הוגשה התביעה להחזר המס ו/או לשנות מס אחרות ו/או לאמיתות הדיווח(ים).
7. רשמתי/רשמנו לפנינו כי משך זמן ההמתנה ממועד הגשת התביעה להחזר מס ועד לסיום הטיפול בתיק אצל שלטונות המס אינה בשליטת חברת ש.ח.פ. המרכז להחזרי מס בע"מ, אלא תלויה בשלטונות המס ובהם בלבד.
8. ברור לי/לנו כי הייצוג של חברת ש.ח.פ. המרכז להחזרי מס בע"מ הינו חד פעמי לשנה/לשנים _____ בלבד, (חתימה) _____.
9. אני/אנו הח"מ בעל(ני) תעודת זהות מס' _____ מיפה/מייפיים בזה את כוחה של חברת ש.ח.פ. המרכז להחזרי מס בע"מ את באי כוחה לייצג אותי/אותנו מול שלטונות מס ההכנסה ומאשר קבלת כל הנתונים והמידע הנחוץ לשם כך בכתב ובעל פה.
10. הרינו לאשר בזאת כי מקום הסמכות השיפוטית מבחינת סמכות מקומית לכל דבר ועניין הקשור להסכם זה, יהיה בית המשפט המוסמך מבחינה עניינית בראשון לציון.

X חתימת הלקוח

תאריך: 2020 / ____ / ____