

שאלון אישי לעובד/ת חדש/ה

1. המידע בשאלון מיועד לצורך העסקתך כעובד האוניברסיטה והשימוש במידע ייעשה בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981.
2. האוניברסיטה תעשה במידע שימוש לצורכי מימוש זכויותיך כעובד, וכן תהא היא רשאית למסור את המידע לכל גורם הזכאי לקבלו עפ"י דין.
3. נא הקפד על מילוי כל הפרטים בטופס בכתב-יד קריא, וצירוף כל המסמכים הנדרשים כמפורט בסוף העמוד השלישי בשאלון.
תודה על שיתוף הפעולה.

1. פרטים אישיים

מס' ת.ז. / דרכון	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	תאריך לידה
200				
שם משפחה באנגלית (נא לרשום באותיות דפוס)		שם פרטי באנגלית (נא לרשום באותיות דפוס)		
551				
כתובת דואר אלקטרוני (פרטית או אוניברסיטאית)				
שם משפחה קודם		שם פרטי קודם		
552				

הבנק באמצעותו מבקש לקבל את המשכורת

שם הבנק	סמל הבנק	שם הסניף כולל כתובת	סמל הסניף	מספר חשבון

2. ארץ לידה ואזרחות 554

תאריך עליה	ארץ לידה	ארץ עליה	אזרחות	אזרחות נוספת

3. כתובת וטלפון 218

שם הישוב / עיר	מיקוד	רחוב ומספר בית	טלפון	קידומת
טלפון סלולרי				

4. מצב משפחתי ומעמד בארץ [סמן בעיגול] 205

זכר	נקבה	מעמד בארץ
1. רווק	3. גרוש	1. תושב
2. נשוי	4. אלמן	2. תושב חוץ
	5. רווקה	3. תושב ארעי
	6. נשואה	
	7. גרושה	
	8. אלמנה	

5. פרטי בן / בת זוג

מס. ת.ז.	תאריך לידה	שם ושם משפחה	עבודת בן / בת זוג	שם מקום העבודה
219			<input type="checkbox"/> עובד / ת <input type="checkbox"/> לא עובד / ת	220

6. ילדים 219

ס.ב.	מספר ת.ז.	תאריך לידה	שם פרטי	מין

7. פרטי שירות צבאי חובה בלבד (ללא שירות קבע) 255

מס' אישי	תאריך גיוס	תאריך סיום שירות חובה	חייב שירות מילואים
			<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

8. השכלה [נא לצרף תעודות] 568

שנת התחלה	שנת סיום	תחום לימוד / מגמה	האם הושגה תעודה	שם התעודה	מקום הלימודים / המוסד
___ / ___	___ / ___				
___ / ___	___ / ___				
___ / ___	___ / ___				
___ / ___	___ / ___				
___ / ___	___ / ___				

9. קורסים והשתלמויות [גם בעת שירות צבאי] [נא לצרף תעודות] 565

שם המוסד	משך הלימוד		שם הקורס	תאריך סיום	האם הושגה תעודה
	שעות / שנות לימוד	שעות / שנות לימוד			

10. שפות [1. שליטה חלקית 2. שליטה טובה 3. ברמת שפת אם] 564

סמל	שפה	דיבור	קריאה	כתיבה	הדפסה
101	עברית				
221	אנגלית				
260	צרפתית				
410	ערבית				

סמל	שפה	דיבור	קריאה	כתיבה	הדפסה
410	ערבית				
710	רוסית				

11. מקומות עבודה קודמים [כולל שירות קבע בצה"ל] 585 [יש לצרף אישורים]

תאריך התחלה	תאריך סיום	שם מקום העבודה	תפקיד	תחום התמחות

12. קרובי משפחה המועסקים באוניברסיטה אין יש אם יש, פרט:

שם ושם משפחה	יחס קרובה משפחתית	יחידה / פקולטה	תפקיד	מעמד קבוע ארעי

13. קופת חולים 207 ודמי חבר / דמי טיפול מקצועי ארגוני

שם קופת החולים (סמן בעיגול)		שם הארגון (סמן בעיגול)	
סמל	שם	סמל	שם
1	כללית	2	ההסתדרות הכללית הסתדרות
2	לאומית	3	העובדים הלאומית הסתדרות
3	מכבי	4	אגודת ישראל הסתדרות
		5	עובדים מכבי
4	מאוחדת	7	איני חבר בארגון עובדים (ינוכה מס ארגון)
5	אסף	8	הסתדרות הפועל המזרחי
6	איני חבר	9	הסתדרות פועלי אגודת ישראל

14. קצובת נסיעה (פירוט קווי הנסיעה בכיוון אחד) 527

קו מס'	מתחנה	עד תחנה	מחיר נסיעה בכיוון אחד

מספר ימי עבודה בשבוע במקום העבודה	סמל	סכום לתשלום	מתאריך
	055		

15. שמות אנשי קשר למקרה הצורך

שם	טלפון	המעו	מיקוד

16. מיועד לסגל אקדמי בכיר בלבד

בקשה להצטרפות לקופת תגמולים לעובדים אקדמאים של אוניברסיטת תל-אביב (1965) בע"מ
 עפ"י תקנות ההתאגדות פרק ב' סעיף 3

אני הח"מ עובד/ת אקדמאי/ת באוניברסיטת תל-אביב, * מבקש/ת אינני מבקש/ת בזה להתקבל כחבר/ה בקופת התגמולים של העובדים האקדמיים באוניברסיטת תל-אביב ומתחייב/ת בזה להיות קשור/ה בהן ובהחלטות המוסדות המוסכמים של הקופה.

הנני מסכים/ה לכל שינוי, תוספת או החלפה של תכנית שהקופה תסכים עליה.
 ידוע לי כי אינני זכאי/ת לזכויות סוציאליות במידה ואני מקבלם במקום עבודה אחר.

* מחקי את המיותר _____ חתימה _____

17. מקומות עבודה נוספים לקביעת זכויות סוציאליות באוניברסיטה

שם המעסיק הנוסף	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	האם הנך עובד במקום אחר נוסף על עבודתך באוניברסיטה	תפקיד
האם הנך מקבל זכויות סוציאליות במקום עבודתך האחר.	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	האם הנך מקבל זכויות סוציאליות במקום עבודתך האחר? וקרן קשרי-מדע במקום עבודתך האחר!	כן, משרתי % <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

18. האם הנך ממלא תפקידים נוספים באוניברסיטת תל-אביב? לא כן אם כן, פרט:

יחידה _____ תפקיד _____ דרגה _____ % משרה _____

האם עבדת בעבר באוניברסיטת תל-אביב? לא כן אם כן, פרט:

התפקיד האחרון _____ מתאריך _____ עד תאריך _____

19. הצהרה

הנני מאשר כי הפרטים שנמסרו על-ידי בשאלון הם נכונים ומלאים ואני מתחייב להודיע בכתב ובאופן שוטף תוך שבוע לאגף משאבי אנוש של האוניברסיטה על כל שינוי שיחול בפרטים הנ"ל.

תאריך _____ חתימה _____

לשאלון זה יש לצרף את המסמכים הבאים:

- שאלון הצטרפות לקופת הפנסיה (למינהלי בלבד)
- תעודות ו/או אישורים המעידים על מקצוע, השכלה, השתלמויות ומקומות עבודה קודמים.
- טופס הצטרפות לקרן השתלמות לזכאים לכך (הניכוי יתאפשר רק בצירוף טופס הצטרפות).
- צילום תעודת זהות מלאה כולל ספח כתובת ופרטי בני משפחה.
- תמונת פספורט צבעונית.

כרטיס עובד⁽¹⁾



ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד⁽¹⁾

לפי תקנות מס הכנסה (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה), התשנ"ג - 1993

שנת המס

טופס זה ימלא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (א"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעביד למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת⁽¹⁾ העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים. {ראה הסברים (לפי המספרים) מעבר לדף}

א. פרטי המעביד (למילוי ע"י המעביד)

שם	אוניברסיטת תל אביב	כתובת	רח' חיים לבנון 30, תל אביב	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
				930-1948-08	

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים)

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך עליה	תאריך לידה
כתובת פרטית	מספר טלפון	מספר	מיקוד	קידומת
מין	מצב משפחתי	רווק/ה	עיר/ישוב	חבר בקופת חולים
זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	גרופ/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש) <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן, שם הקופה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

ג. פרטים על ילדי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות)

סמן/י ✓ ליד שם הילד:	בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך	בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מ"ל	
1	שם	מספר זהות	תאריך לידה
2	שם	מספר זהות	תאריך לידה
3	שם	מספר זהות	תאריך לידה
4	שם	מספר זהות	תאריך לידה
5	שם	מספר זהות	תאריך לידה
6	שם	מספר זהות	תאריך לידה
7	שם	מספר זהות	תאריך לידה
8	שם	מספר זהות	תאריך לידה
9	שם	מספר זהות	תאריך לידה
10	שם	מספר זהות	תאריך לידה

ד. פרטים על הכנסותי ממעביד זה

אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)

משכורת חודש⁽²⁾

משכורת בעד משרה נוספת⁽³⁾

משכורת חלקית⁽⁴⁾

שכר עבודה (עובד יומי)⁽⁵⁾

קצבה⁽⁶⁾

מלגה⁽¹⁾

ה. פרטים על הכנסות אחרות

אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות⁽¹⁾

יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:

משכורת חודש⁽²⁾

משכורת בעד משרה נוספת⁽³⁾

משכורת חלקית⁽⁴⁾

שכר עבודה (עובד יומי)⁽⁵⁾

קצבה⁽⁶⁾

מלגה⁽¹⁾

ממקור אחר

אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן/י:

אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותם בהכנסה אחרת⁽⁷⁾

אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להם כנגד הכנסה זו⁽⁸⁾

אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת⁽⁹⁾

אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת⁽¹⁰⁾

ו. פרטים על לבן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה

אין לבן/בת הזוג כל הכנסה

יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: עבודה/קיצבה/עסק הכנסה אחרת

ז. שינויים במהלך השנה (כולל שינויים הקשורים לבקשה להקלה בחישוב המס מעבר לדף)

תאריך השינוי	פרטים	תאריך ההודעה	חתימת העובד/ת
		/ /	
		/ /	
		/ /	

1 אני תושב/ת ישראל.

2 אני נכה 100% / עיוורת/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בפרק ה כי "אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.

3 אני תושב/ת קבועה/ בישוב מזכה (13) מתאריך _____ . אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312 א.

4 אני עולה חדשה/ תושב/ת חוזר/ת מתאריך _____ .
לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____ .
מי שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תכנוניים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה. **חובה לצרף: תושב/ת חוזר/ת - אישור משרד הקליטה (תעודת "תושב חוזר" מעל 6 שנים). עולה חדשה/ת - תעודת עולה.**

5 בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס. רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיעה/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוורת/ת עפ"י סעיף 9(5) לפקודה.

6 אני הורה במשפחה חד הורית(11) החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.

7 בגין ילדי שבחזקתי המפורטים בחלק ג.
ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד(12).
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 18 שנים בשנת המס
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד חמש שנים בשנת המס
 מספר ילדים אחרים שטרם מלאו להם 19 שנים

8 בגין ילדי הפעוטים. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפקסה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד(12).
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 3 שנים בשנת המס
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת ו/או שנתיים בשנת המס

9 אני הורה יחיד(12) לילדי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 7 ו-8 לעיל).

10 בגין ילדי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם. ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.

11 בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. מצורף פסק דין.

12 מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.

13 אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____ . מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.

14 בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמ'י / √ בריבוע המתאים)

1 לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעביד זה. הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור משטרת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלה וכיו"ב. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה. 2. דמי לידה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.

2 יש לי הכנסות נוספות ממשכורת(1) כמפורט להלן:
ה מ ע ב י ד / מ ש ל מ ש כ ו ר ת (1)

שם	כ ת ו ב ת	מספר תיק ניכויים	סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)	הכנסה חודשית	המס שנוכה
		9			(לפי תלושים)
		9			
		9			

3 פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.

י. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשמטה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעביד על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

_____ תאריך
_____ חתימת המבקש/ת

דברי הסבר למילוי טופס 101

- "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעביד" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכיו"ב. "עבודה" לרבות קבלת משכורת.
- משכורת חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש.
- משכורת בעד משרה נוספת - משכורת בעד עבודה של יותר מ- 5 שעות ביום, נוסף למשכורת ו/או בנוסף לקצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת בעד משרה נוספת".
- משכורת חלקית - משכורת בעד עבודה של 5 שעות או פחות ליום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ-5 שעות ליום אך פחות מ-8 שעות בשבוע. ממשכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- שכר עבודה - משכורת בעד עבודה של פחות מ- 18 יום בחודש אך לא פחות מ- 8 שעות בשבוע. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- קצבה - מקצבה שהיא הכנסה יחידה ינוכה מס לפי לוח הניכויים. אם יש הכנסות נוספות - ינוכה מס בשיעור מירבי או על-פי תיאום מס מפקיד השומה. אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- אם העובד מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"ש.
- הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
- יישוב מזכה - יישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.

למילוי על-ידי יחידה
עבור עובד מחקר ופרוייקט יש
לציין אם העובד מצטרף לקרן
פנסיה וקרן השתלמות ולצרף
טפסים מתאימים.

אל: אגף משאבי אנוש

מאת: אגף / יחידה / פקולטה _____

מר/גבי: _____ מועמד/ת לתפקיד _____

537 ביחידה/חוג/מחקר _____ סעיף תקציב _____

או מענק מחקר/פרוייקט (שם מענק, פרוייקט) _____ אחוז משרה _____

ימי עבודה בשבוע: א , ב , ג , ד , ה , ו

תאריך התחלת עבודה _____ תאריך גמר עבודה _____

256 משרדו של העובד יהיה בבנין _____ חדר מסי _____ טלפונים (1) _____ (2) _____ פקס _____

לעובדי הפקולטה לרפואה, יש לציין מסי מבנה _____

הערות: _____

שם _____ תפקיד _____ חתימה _____ תאריך _____

למילוי על-ידי יחידת פיתוח משאבי אנוש

535 דירוג _____ דרגה _____

539 סוג הוותק: 2 ותק מוכר (כולל BA וצה"ל) משנה (חודש ושנה) _____

3 ותק MA משנה (חודש ושנה) _____

4 ותק לימודי תעודה משנה (חודש ושנה) _____

הערות: _____

תאריך _____ חתימה _____