

שאלון אישי לעובד/ת חדש/ה

- המידע בשאלון מיועד לצורך העסקתך כעובד האוניברסיטה והשימוש במידע ייעשה בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981.
 - האוניברסיטה תעשה במידע שימוש לצורכי מימוש זכויותיך כעובד, וכן תהא היא רשאית למסור את המידע לכל גורם הזכאי לקבלו עפ"י דין.
 - 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

תאריך עליה	ארץ לידה	ארץ עליה	אזרחות	אזרחות נוספת

3. כתובת וטלפון

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

4. מצב משפחתי ומעמד בארץ [סמן בעיגול]

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

5. פרטי בן / בת זוג

מס. ת.ז.	תאריך לידה	שם ושם משפחה	עבודת בן / בת זוג	תאריך התחלה	שם מקום העבודה
220 ☐ עובד /ת ☐ לא עובד /ת 					

6. ילדים

ס.ב.	מספר ת.ז.	תאריך לידה	שם פרטי	מין

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

מס' אישי	תאריך גיוס	תאריך סיום שירות חובה	חייב שירות מילואים
255 ☐ כן ☐ 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 שעות / שנות לימוד	שם הקורס	תאריך סיום	האם הושגה תעודה

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

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

מספר ימי עבודה בשבוע
במקום העבודה

סמל	סכום לתשלום	מתאריך
055		

קו מס'	מתחנה	עד תחנה	מחיר נסיעה בכיוון אחד
			סה"כ

15. שמות אנשי קשר למקרה הצורך

שם	סלפון	המען	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.

* מחק/י את המיותר חתימה

17. מקומות עבודה נוספים לקביעת זכויות סוציאליות באוניברסיטה

שם המעסיק הנוסף	כן ☐ לא ☐	האם הנך עובד במקום אחר נוסף על עבודתך באוניברסיטה
האם הנך מקבל זכויות סוציאליות במקום עבודתך האחר. כן, משרתי % לא ☐	האם הנך מקבל זכויות סוציאליות במקום עבודתך האחר! כן, משרתי % לא ☐	תפקיד

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.

שנת המס

א. פרטי המעביד (למילוי ע"י המעביד)

ב. פרטי העובד / ת (יש לצרף צילום תעודת זהות)

ג. פרטים על ילדי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה

בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל(*)

(*) חובה לצרף אישור מהמוסד לביטוח לאומי, למעט במקרה של אישה נשואה ואלמן/ה

ו. פרטים על בן/בת הזוג

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

ח. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות (סמן/י ✓ בריבוע המתאים)

1 ☐ אני תושב/ת ישראל.

2 ☐ אני נכה 100% / עיוור/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 קבוע/ה ביישוב מיוחד/באיזור פיתוח מתאריך _____ . אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312א.

4 ☐ אני ☐ עולה חדש/ה ☐ 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 תיכונים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה.
חובה לצרף: תושב/ת חוזר/ת - אישור משרד הקליטה (תעודת "תושב חוזר" מעל 6 שנים). עולה חדש/ה - תעודת עולה.

5 ☐ בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס. רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיע/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוור/ת עפ"י סעיף 59(5) לפקודה.

6 ☐ אני הורה במשפחה חד הורית⁽¹¹⁾. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגנים 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 בפסקה 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 אלו, 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 (סמן/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 ה מ ש כ ו ר ת ⁽¹⁾			סוג ההכנסה (עבודה/קיצבה/מלגה/אחר)	הכנסה חודשית	המס שנוכה (לפי התלושים)
ש	כ	ת			
			9		
			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 0101

(1) "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעביד" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קיצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכיו"ב.
(2) "עבודה" לרבות קבלת משכורת. "מלגה" מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
(3) משכורת חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש.
(4) משכורת בעד משרה נוספת - משכורת בעד עבודה של יותר מ- 5 שעות ביום, נוסף למשכורת ו/או נוסף לקצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת בעד משרה נוספת".
(5) 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.
(6) משכורת בעד עבודה של 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.
(7) מקצבה שהיא הכנסה יחידה ינוכה מס לפי לוח הניכויים. אם יש הכנסות נוספות - ינוכה מס בשיעור מירבי או על-פי תיאום מס מפקיד השומה.
(8) אם העובד לא מילא משכורת מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
(9) אם העובד לא מילא משכורת מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
(10) אם העובד לא מילא משכורת מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
(11) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
(12) הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד בשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.

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/גב' _____ 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 _____