

מועצה אזורית מגידו

**בקשה לקבלת הנחה מתשלום ארנונה כללית
לדירת מגורים לשנת הכספים _____
לפי תקנות הסדרים במשק המדינה (הנחות מארנונה) התשנ"ב 1993
פרטי המבקש (מי שמחזיק בדירה)**

המצב האישי		המין	תאריך לידה			שם האב	שם פרטי	שם משפחה	מספר תעודת זהות													
גרוש	רווק	זכר	יום	חודש	שנה																	
אלמן	נשוי	נקבה																				

טלפון		המען					
עבודה	בית	מס' תת-חלקה	מס' החלקה	מס' הגוש	מס' הבית	הרחוב	היישוב

האם בבעלותך דירת מגורים מוספת - כן / לא - (סמן בעיגול)

לתשומת ליבך: בטופס מוגדרות לנוחיותך 12 סיבות בגינן ניתן להגיש הבקשה
נא סמן X במשבצת המתאימה לסיבת הגשת הבקשה, והשלם את הפרטים החסרים.

1. מצב כללי (שכיר / עצמאי יש למלא טבלאות א' ו - ב' להלן)

א. הצהרה על המחזיק והמתגוררים איתו בדירה והכנסותיהם בחודשים אוקטובר עד דצמבר של השנה הקודמת

קרבה	שם משפחה	שם פרטי	גיל	מס' זהות										העיסוק	מקום עבודה	הכנסה חודשית ברוטו ממוצעת
1.	המבקש/ת															
2.	בן/בת זוג															
3.																
4.																
5.																
6.																
7.																
8.																
9.																
10.																
שימו לב: שכיר - יצרף תלושי משכורת לחודשים אוקטובר נובמבר דצמבר של השנה הקודמת																
סה"כ עצמאי - יצרף שומת הכנסה שנתית אחרונה שבידו.																

ב. מקורות הכנסה נוספים של המנויים בסעיף (א) לעיל יש לציין ממוצע חודשי לחודשים אוקטובר עד דצמבר השנה הקודמת.
(אין למלא אותן הכנסות שנכללו בהודעת השומה)

מקור	סכום בש"ח	מקור	סכום בש"ח
1 ביטוח לאומי		8 תמיכת צה"ל	
2 מענק זקנה		9 קצבת תשלומים מחו"ל	
3 פנסיה ממקום העבודה		10 פיצויים	
4 קצבת שארית		11 הבטחת הכנסה	
5 קצבת נכות		12 השלמת הכנסה	

6	שכר דירה	13	תמיכות
7	מילגות	14	אחר
			סה"כ

אם השכרת דירת מגורים ושכרת דירה אחרת למגוריו יש לציין ההפרש (אם יש) בהכנסה בלבד.

הריני מצהיר כי אני :

2. בעל נכות רפואית

סעיף רפואי	אחוז נכות	הרשות הרפואית

ואין בבעלותי דירה נוספת

(זכאי להנחה ע"י סעיף זה מי שדרגת נכותו הרפואית המוכרת היא בשיעור של מס אחוזים ומעלה)

3. נכה המקבל תגמול כאסיר ציון – לפי חוק התגמולים לאסירי ציון ובני משפחותיהם, התשנ"ב ב – 1992 (להלן-חוק אסירי ציון).

4. בן משפחה של הרוג מלכות כמשמעותו בחוק אסירי ציון.

5. עוור בעל תעודת עוור לפי חוק שרותי הסעד, התשכ"ח – 1968.

6. עולה לפי חוק השבות, תש"ו-1950, תאריך רישום כעולה במירשם האוכלוסין.

שנה	חודש	יום

7. נכה הזכאי לתגמולים לפי חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התש"ל – 1970.

8. "הורה יחיד" כמשמעותו בחוק משפחות חד הוריות, התשנ"ב – 1992.

9. בן 65 או אישה בת 60 המקבלת/קצבת זיקנה שאירים ואין בבעלות/ה דירה נוספת.

10. בן 65 או אישה 60 המקבלת/קצבת זיקנה או קצבת שאירים בצרוף גימלת הבטחת הכנסה מהמוסד לביטוח לאומי ואין בבעלות/ה דירה נוספת.

11. נכה הזכאי לקיצבה חודשית מלאה – כמשמעותה בסעיף 127 לו לחוק ביטוח לאומי, ודרגת אי כושר השתכרותי מ-75 אחוזים ומעלה.

12. זכאי לגימלה / תשלום לפי :

חוק הבטחת הכנסה התשמ"א – 1980 בסך _____ ש"ח לחודש

חוק המזונות (הבטחת תשלום) תשל"ב 1972, בסך _____ ש"ח לחודש

גימלת סיעוד, לפי פרק ו' לחוק הביטוח הלאומי, בסך _____ ש"ח לחודש

הריני מצהיר בזה כי כל הפרטים הרשומים לעיל הם נכונים, וכי לא העלמתי פרט כלשהוא מהפרטים שהתבקשתי למלא.

תאריך _____ חתימת המבקש _____

- הנחיות: 1. יש לצרף אישורים מתאימים להוכחת הזכאות, בקשות ללא אישורים מתאימים – לא יטופלו.
2. בבקשה להנחות עפ"י סעיפים 9-12 לעיל ימולאו רק אם לא ניתנה ההנחה ישירות ע"י הרשות המקומית או אם חלה טעות בשיעור ההנחה בהודעה לתשלום הארנונה.

לישימוש המשרד

פרטי פקיד בודק		בדיקת הבקשה				
פרטי	משפחה	תאריך			מסמכים מצ"ב	מס' הנימוק
		יום	חודש	שנה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

חתימת הפקיד

פרטי המאשר		אישור הבקשה	
פרטי	משפחה	נימוקי ההחלטה	
			דחייה <input type="checkbox"/>
	חתימה		אישור <input type="checkbox"/>