**שם הרשות ................**

## בקשה לקבלת הנחה מתשלום ארנונה כללית

**לדירת מגורים לשנת 2020**

לפי תקנות ההסדרים במשק המדינה (הנחות מארנונה) התשנ"ג 1993

פרטי המבקש (מי שמחזיק בדירה)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| מספר זהות | | | | | | | | | שם משפחה | שם פרטי | שם האב | תאריך הלידה | | | המין | מצב אישי |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | שנה | חודש | יום |  זכר  נקבה | רווק גרוש נשוי  אלמן |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ה מ ע ן | | | | | ט ל פ ו ן | |
| הישוב | מס' הבית | מס' גוש | מס' חלקה | | ב י ת | ע ב ו ד ה |
|  |  |  |  | |  |  |
| האם בבעלותך דירת מגורים נוספת כן  לא   תאריך קבלת החזקה בדירה / / | | | |

**לתשומת ליבך:** בטופס מוגדרות לנוחיותך 12 סיבות בגינן ניתן להגיש הבקשה.

נא סמן X במשבצת המתאימה לסיבת הגשת הבקשה, והשלם הפרטים החסרים.

 ערעור על נתוני המדידה**.**  שינוי סיווג הנכס, לצרף בכתב נימוקי הבקשה

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

1. הצהרה על המחזיק והמתגוררים איתו בדירה והכנסותיהם .

נא סמן x במשבצת המתאימה לפי בחירתך :

**** אני מעוניין שההכנסה החודשית הממוצעת תחושב לפי חודשים אוקטובר, נובמבר, ודצמבר 2017.

**** אני מעוניין שההכנסה החודשית הממוצעת תחושב לפי חודשים ינואר עד דצמבר 2017 .

(לשמוש המשרד)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| קרבה | | שם משפחה | שם פרטי | גיל | מספר זהות | | | | | | | | | עיסוק | מקום עבודה | הכנסה חודשי ברוטו ממוצעת |
| 1 | המבקש/ת |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | בן/בת זוג |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| שים לב: שכיר – יצרף תלושי משכורת לחדשים: אוטובר, נובמבר, דצמבר 2017 סה"כ  עצמאי – יצרף שומת הכנסה שנתית אחרונה שבידו.  יש לצרף צלום תעודת זהות | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_ |

שים לב !

יש לצרף מסמכים ולהצהיר עבור כל אחד מן המתגוררים בבית

יחד עם המחזיק, והמשתכרים בצורה כל שהיא.

(ב) מקורות הכנסה נוספים של המנויים בסעיף (א) לעיל יש לציין ממוצע חודשי לחודשים:

אוקטובר – נובמבר – דצמבר 2017. (אין למלא אותן הכנסות שנכללו בהודעת השומה)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| מקור | | סכום ש"ח | מקור | | סכום ש"ח |
| 1 | ביטוח לאומי |  | 8 | תמיכת צה"ל |  |
| 2 | מענק זקנה |  | 9 | קצבת תשלומים מחו"ל |  |
| 3 | פנסיה ממקום העבודה |  | 10 | פיצויים |  |
| 4 | קצבת שארים |  | 11 | הבטחת הכנסה |  |
| 5 | קצבת נכות |  | 12 | השלמת הכנסה |  |
| 6 | שכר דירה |  | 13 | תמיכות |  |
| 7 | מילגות |  | 14 | אחר |  |
|  |  |  |  | סה"כ |  |

עמ' **2**

\* אם השכרת דירת מגורים ושכרת דירה אחרת למגוריך יש לציין ההפרש (אם יש) בהכנסה בלבד.

**הריני מצהיר כי אני:**

 2. בעל נכות רפואית

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| סעיף רפואי | אחוז נכות | | | הרשות הרפואית |
|  |  |  |  |  |

(זכאי להנחה ע"י סעיף זה מי שדרגת נכותו הרפואית המוכרת היא בשעור של 90% ומעלה)

 3. נכה המקבל תגמול כאסיר ציון – לפי חוק התגמולים לאסירי ציון ובני משפחותיהם, התשנ"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"י – 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 67 או אישה בת 62 המקבל/ת קצבת זיקנה או קצבת שאירים ואין בבעלותי דירה נוספת.

 10. בן 67 או אישה בת 62 המקבל/ת קצבת זיקנה או קצבת שאירים בצרוף גימלת הבטחת הכנסה

מהמוסד לביטוח לאומי ואין בבעלותי 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.

 להבטחת הכנסת מינימום, מהמשרד לענייני דתות 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.

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

תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימת המבקש: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| בדיקת הבקשה | | | **פרטי פקיד בודק** | | |
| מסמכים מצורפים | | תאריך | שם משפחה | | שם פרטי |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
| אישור הבקשה | | | **פרטי המאשר** | | | | |
|  | נימוקי ההחלטה | | | שם משפחה | | | שם פרטי |
| דחייה |  | | |  | | |  |
| אישור |  | | |  | | | חתימה |
|  |  | | |  | | |  |