

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 המוכחת היא בשיעור של 90 אחוזים ומעלה)

3. ☐ נכה המקבל תגמול כאסיר ציוון - לפי חוק התגמולים לאסירי ציון 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.

שנה	חודש	יום

6. ☐ עולה לפי חוק השבות, תש"י 1950, תאריך רישום כעולה במירשם האוכלוסין.

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 אשה בת 60 המקבל/ת קצבת זיקנה או קצבת שאירים ואין בבעלותי דירה נוספת.

10. ☐ בן 65 או אשה בת 60 המקבל/ת קצבת זיקנה או קצבת שאירים בצרוף גימלת הבטחת הכנסה מהמוסד לביטוח לאומי ואין בבעלותי דירה נוספת.

11. ☐ נכת הזכאי לקיצבת חודשית מלאה - כמשמעותה בסעיף 127 לו לחוק ביטוח לאומי, ודרגת אי כושר השתכרות מ-75 אחוזים ומעלה.

12. ☐ זכאי לגימלה/תשלום לפי

☐ חוק הבטחת הכנסה התשמ"א-1980 בס"ך _____ 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 ביטוח לאומי, בסך _____ ש"ח לחודש

והריני 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. בקשה 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.

לשימוש המשרד

פרטי פקיד בודק		בדיקת הבקשה		
השם הפרטי	שם משפחה	תאריך	מסמכים מצורפים	מספר הנימוק
		שנה	חודש	יום

חתימת הפקיד _____

לשימוש המשרד

פרטי המאשר		בדיקת הבקשה	
השם הפרטי	שם משפחה	נימוקי ההחלטה	
			☐ דחייה
			☐ אישור
	חתימה		