

הגשת הבקשה להנחה אינה פוטרת  
מתשלום המס במועד. כל סכום שלא שולם  
במועד נושא ריבית והצמדה בהתאם לחוק.

## בקשה לקבלת הנחה מתשלום ארנונה כללית לדירת מגורים לשנת הכספים

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

הנחיות: 1. המועד האחרון להגשת בקשה להנחה הינו 31.12.  
2. יש לצרף כל האישורים המתאימים להוכחת הזכאות.  
3. במקרה של השמטת אחד הפרטים בטופס זה או אי-צרוף אישורים מתאימים לא תובא הבקשה לדיון.

מס' נכס

כרטי המבקש/ת (מי שמחזיק בדירה)

מספר זהות	שם המשפחה	השם הפרטי	שם האב	תאריך הלידה	המין	המצב האישי
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	שנה <input type="text"/> חודש <input type="text"/> יום <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> גרוש/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> נשוי/ה

טלפון		כתובת הנכס				
הישוב	הרחוב	מס' הבית	מס' הגוש	מס' החלקה	מס' תת-חלקה	בית
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

האם בבעלותך נכסים נוספים?  לא  כן כתובת

לתשומת לבך: בטופס מוגדרות לנוחיותך 12 סיבות בגינן ניתן להגיש הבקשה. נא לסמן x במשבצת המתאימה לסיבת הגשת הבקשה, והשלם הפרטים החסרים.

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

(א) הצהרה על המחזיק והמתגוררים איתו בדירה והכנסותיהם בחודשים אוקטובר עד דצמבר.

קירבה	שם משפחה	השם הפרטי	גיל	מס' זהות	מקום עבודה	הכנסה חודשית ברוטו ממוצעת
1	המבקש/ת					
2	בן/בת זוג					
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

שים לב: שכירה - יצרף תלושי משכורת לחודשים אוקטובר, נובמבר, דצמבר, עצמאי/ת - יצרף שומת הכנסה שנתית אחרונה. סה"כ

(ב) מקורות הכנסה נוספים (יש לציין ממוצע חודשי לחודשים אוקטובר עד דצמבר).  
(אין למלא אותן הכנסות שנכללו בסעיף א').

מקור	סכום ש"ח	מקור	סכום ש"ח
1	ביטוח לאומי (לא כולל קצבת/שאירים)	8	תמיכת צה"ל
2	מענק זיקנה	9	קיצבת תשלומים מחו"ל
3	פנסיה ממקום העבודה	10	פיצויים
4	קיצבת שאירים	11	הבטחת הכנסה
5	קיצבת נכות	12	השלמת הכנסה
6	שכר דירה*	13	תמיכות
7	מילגות	14	אחר

סה"כ

(ג) 1  אין בבעלותינו רכב

יש בבעלותינו רכב

דגם שנת ייצור

מס' רישוי:

המשך מעבר לדף ←

**הנני מצהיר/ה בזה כי אני:**

2. בעל נכות רפואית

סעיף רפואי	אחוז נכות	הרשות הרפואית

(זכאי להנחה עפ"י סעיף זה מי שדרגת נכותו הרפואית המוכחת היא בשיעור של 90 אחוזים ומעלה או מי שטרם קבלת קיצבת הזיקנה נקבעה לו נכות כאמור). יש לצרף אישור הרשות הרפואית.

3. למחזיק הזכאי לגימלה כאסיר ציון - לפי חוק התגמולים לאסירי ציון ובני משפחותיהם, התשנ"ב-1992, או לגימלת נכות לפי חוק נכי רדיפות הנאצים התשי"ז-1957 (יש לצרף אישורים מתאימים).

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

5. עוור בעל תעודת עוור לפי חוק שרותי הסעד, התשי"ח-1958. (יש לצרף צילום תעודת עוור).

6. עולה לפי חוק השבות, תשי"ז-1950. תאריך רישום כעולה במירשם האוכלוסין. (יש לצרף תעודת עולה).

שנה	חודש	יום

7. למחזיק שניתנה לו תעודה של אזרח עולה מהמשרד לקליטת העלייה.

8. נכה הזכאי לתגמולים- לפי חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התש"ל-1970.

9. הורה עצמאי כהגדרתו ב"חוק סיוע למשפחות שבראשן הורה עצמאי, התשנ"ב-1992" או שהוא הורה עצמאי לילד המתגורר איתו המשרת שירות סדיר כהגדרתו בחוק שירות ביטחון (נוסח משולב) התשמ"ו-1986, או מתנדב/ת בשירות הלאומי כהגדרתה בתקנה 14ד' לתקנות הסדרים במשק המדינה (הנחה מארנונה), התשנ"ג-1993, כל עוד הם משרתים כאמור, ובתנאי שגילם אינו עולה על 21 שנה בהצגת אישור שירות חובה (מקצין העיר חיפה). (יש לצרף תעודת זהות כולל הספח בו רשומים שמות הילדים עד גיל 18 והמצב המשפחתי + הסכם גירושין)

10. אזרח/ית ותיק/ה המקבל/ת קצבת זיקנה קיצבת שארים, קיצבת תלויים או נכות בשל פגיעה בעבודה, בתוספת גימלת הבטחת הכנסה מהמוסד לביטוח לאומי (יש לצרף אישור מאת המוסד לביטוח לאומי).

11. א) נכה הזכאי לקיצבה חודשית מלאה - כמשמעותה בסעיף 127 לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), התשנ"ה-1995, ודרגת אי כושר השתכרות מ-75% ומעלה (יש לצרף אישור מאת המוסד לביטוח לאומי).

ב) נכה אשר טרם קבלת קיצבת הזיקנה נקבעה לו לצמיתות דרגת אי כושר השתכרות בשיעור של 75% ומעלה לפי סעיף 127 לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) התשנ"ה-1995 (יש לצרף אישור מאת המוסד לביטוח לאומי).

ג) בן או בת לרבות ילד במשפחת אומנה של המחזיק בבכס זכאי לגמלה לפי תקנות הביטוח הלאומי (ילד נכה), התש"ע-2010 או שהוא מעל גיל 18 ומשתלמת בעדו ובשל נכותו גמלה על ידי המוסד לביטוח לאומי ובלבד שהשתלמה בעדו גמלת ילד נכה.

12. זכאי לגימלה/תשלום לפי:

גימלת סיעוד, לפי פרק ו' לחוק הביטוח הלאומי, בסך \_\_\_\_\_ ש"ח לחודש.

יש לצרף האישור על זכאותכם לגימלה/תשלום

הנני מצהיר/ה כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים וידוע לי כי במקרה של גילוי פרטים לא נכונים זכאית העירייה לא להעניק לי הנחה במסים או לבטל כל הפחתה שניתנה לי ורשאית היא להעמידני לדין על מסירת הצהרה כוזבת לפי סעיף 331 לפקודת העיריות (נוסח חדש).

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבקש/ת \_\_\_\_\_

מס' אסמכתא

פרטי הבדק		בדיקת הבקשה				
שם המשפחה	שם הפרטי	תאריך			מסמכים מצורפים	מס' הנימוק
		שנה	חודש	יום		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

פרטי המאשר/ת		אישור הבקשה	
שם המשפחה	שם הפרטי	נימוקי ההחלטה	
חתימה			
תאריך			
		דחייה <input type="checkbox"/>	
		אישור <input type="checkbox"/>	