

הריני מצהיר כי אני:

סעיף רפואי	אחוזי נכות			הרשות הרפואית

2. בעל נכות רפואית

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 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. עוזר בעל תעודת עוזר לפי חוק שרותי הסעד, התשכ"ח - 1968.

6. עולה לפי חוק השבות, תש"י-1950. תאריך רישום כעולה במרשם האוכלוסין

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

8. "הורה עצמאי" כמשמעותו בחוק "סיוע למשפחות שבראשן הורה עצמאי", התשנ"ב-1992

9. המקבל/ת קצבת זקנה או קצבת שארים ואין בבעלותי דירה נוספת.

10. המקבל/ת קצבת זקנה או קצבת שארים בצרוף גמלת הבטחת הכנסה מהמוסד לביטוח לאומי ואין בבעלותי דירה נוספת.

11. נכה הזכאי לקצבה חודשית מלאה- כמשמעותה בסעיף 127 ל"ו לחוק ביטוח לאומי, ודרגת אי כושר השתכרותי מ-75 אחוז ומעלה.

12. זכאי לגמלה/תשלום לפי:

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

הריני מצהיר 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 הנחה ישירות ע"י הרשות המקומית או אם חלה טעות בשיעור ההנחה בהודעה לתשלום הארנונה.

לשימוש המשרד

חתימת הפקיד	פרטי פקיד בודק		בדיקת הבקשה				
	שם פרטי	שם משפחה	תאריך			מסמכים מצורפים <input type="checkbox"/>	מספר נימוק <input type="checkbox"/>
			יום	חודש	שנה		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

סכום בשי"ח		אישור הבקשה	
שם פרטי	שם משפחה	נימוקי החלטה	
			דחייה <input type="checkbox"/>
חתימה			אישור <input type="checkbox"/>