

أصرح بهذا أني:

□ ٢ - معاق جسديًا

المؤسسة الطبية	نسبة العجز	البند الطبي

ولا أملك بيت إضافي

(من تكون درجة عجزه بنسبة ٩٠% وما فوق يستحق التخفيض بموجب هذا البند)

□ ٣ - مكفوف - حامل شهادة مكفوف بموجب قانون الخدمات الاجتماعية ١٩٦٨.

□ ٤ - والدة/ وحيدة في البيت حسب قانون العائلات وحيدة المعيل ١٩٩٣.

□ ٥ - رجل بسن ٦٥ أو امرأة بسن ٦٠ الذي يحصل / تحصل على مخصصات شيخوخة أو أرامل ولا يملك / تملك بيتًا آخرًا.

□ ٦ - رجل بسن ٦٥ أو امرأة بسن ٦٠ الذي يحصل / تحصل على مخصصات شيخوخة أو أرامل بالإضافة لمخصصات تأمين.

الدخل من مؤسسة التأمين الوطني ولا يملك / تملك أي بيت آخر.

□ ٧ - مُعاق يستحق مخصصات شهرية كاملة حسب البند ١٢٧ من قانون التأمين الوطني ونسبة العجز المعاشي من ٧٥% فما فوق.

□ ٨ - معاق بنسبة ٧٥% يحصل على تخفيض بنسبة ٨٠%.

٩ - معاقين نتيجة إصابة عمل:

□ قانون تأمين الدخل لسنة ١٩٨٠ مبالغ ش.ج شهريًا.

□ تأمين الدخل الأدنى من وزارة الأديان مبالغ ش.ج شهريًا.

□ قانون النفقة (تأمين دفع) لسنة ١٩٧٢ مبالغ ش.ج شهريًا.

□ دخل إجتماعي (للمقعدين) حسب الفصل السادس من قانون التأمين الوطني مبالغ ش.ج شهريًا.

أصرح بهذا أن المعلومات الواردة في طلبي أعلاه صحيحة ولم أخف أية معلومة من المعلومات المطلوبة مني

..... توقيع مقدم الطلب

..... التاريخ

تعليمات ١ - إرفاق المستندات الملائمة المطلوبة لإثبات صحة المعلومات. لن يُبحث الطلب دون إرفاق المستندات.

٢ - يعبأ طلب التخفيض بموجب البنود ٥-٩ إذا لم يعط التخفيض مباشرة عن طريق البلدية أو إذا وقع خطأ في تقدير التخفيض

لاستعمال قسم الجباية

تفاصيل مدقق الطلب		فحص الطلب			
الاسم الشخصي	اسم العائلة	التاريخ			رقم السبب
		سنة	شهر	يوم	
		□			□
		□			□

توقيع الموظف

تفاصيل المصادق		مصادقة الطلب	
الاسم الشخصي	اسم العائلة	أسباب القرار	
		رفض □	
التوقيع		مصادقة □	

أنا الموقع أدناه الموظف استلمت طلب الاعفاء من السيد

..... التوقيع

..... بتاريخ