

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 ציון - 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, התשל"ל - 1970.
8. "הורה יחיד" כמשמעותו בחוק משפחות חד הוריות, התשנ"ב - 1992.
9. בן 65 או אשה בת 60 המקבלת/קצבת זיקנה או קצבת שאירים ואין בבעלותי דירה נוספת.
10. בן 65 או אשה בת 60 המקבלת/קצבת זיקנה או קצבת שאירים בצרוף גימלת הבטחת הכנסה מהמוסד לביטוח לאומי ואין בבעלותי דירה נוספת.
11. נכה 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

אחריני 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 ושירות ע"י הרשות המקומים או אם חלה טעות בשיעור ההנחה בהודעה לתשלום הארנונה.

לשימוש המשרד

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

חתימת הפקיד _____

לשימוש המשרד

פרטי המאשר		בדיקת הבקשה	
שם משפחה	השם הפרטי	נימוקי ההחלטה	
חתימה			

דחייה
 אישור