

מועצה מקומית דיר אל אסד
דיר אל אסד



מجلس دير الاسد المحلي
دير الاسد

EMAIL: DEIRELASSAD@GMAIL.COM

DEIR EI ASSAD LOCAL COUNCEL

قسم الجبايه

حساب رقم: _____
التاريخ: _____

نموذج رقم 1-
الانظمة 2-8-ب-4-19

طلب اعفاء / تخفيض من دفع الضريبة العامة لبيت سكن للسنة الماليه 2019

2019

رقم الهوية	اسم العائلة	الاسم الشخصي	اسم الاب	تاريخ الولاده	الجنس	الوضع العائلي
					ذكر*	اعزب
					انثى	متزوج* ارمل

العنوان

البلده	الشارع	رقم البيت	البريد	قسيمه	قطعه	تلفون
دير ال اسد						

هل تملك بيت سكن آخر _____ نعم _____ لا *
انتبه : هنالك 8 اسباب تعطي لتقديم الطلب .
ضع علامة (*) في المكان الملائم لسبب تقديم الطلب واكمل المعطيات الناقصة .
الوضع الاقتصادي اجير/ مستقل تعبئة القائمتين ا و ب
تصريح المشغل او المقيمين معه في البيت ودخلهم في الاشهر من 12/2018+11+10
{ب} تصريح عن اماكن العمل من التامين الوطني للزوج والزوجة
ايشور מקומות עבודה לבעל ואישה מביטוח לאומי }

القرابه	العائلة	الاسم الشخصي	العمر	رقم الهوية	نوع العمل	مكان العمل	معدل الدخل
مقدم/ة الطلب							
زوج/ة							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
						المجموع ברוטו	0.0 ₪

انتبه : اجير - يرفق قسائم الراتب عن الاشهر 12+11+10 / 2018

خ.ب

סה"כ נפשות

ת.ד.1, מיקוד: 20188- טל. 04-9885444-9885444-9886655-04 - פקס. 04-9989591

מועצה מקומית דיר אל אסד
דיר אל אסד



מجلس دير الاسد المحلي
دير الاسد

EMAIL: DEIRELASSAD@GMAIL.COM

DEIR EI ASSAD LOCAL COUNCEL

طلب اعفاء / تخفيض من دفع الضريبة العامة لبيت سكن للسنة المالية 2019

اصرح بهذا ان المعلومات الوارده في طلبي اعلاه صحيحة ولم اخف اية معلومة من المعلومات المطلوبه مني

توقيع مقدم الطلب :

التاريخ :

تعليمات:

ارفاق المستندات الملائمة المطلوبة , لن يبحث الطلب دون ارفاق المستندات.
يعبأ طلب التخفيض بموجب البنود 5-8 اذا لم يعط التخفيض مباشرة عن طريق المجلس او اذا وقع خطأ في تقدير التخفيض.

لإستعمال قسم الجباية:

فحص الطلب	تفاصيل مدقق الطلب	رقم السومستندات مرفقا	التاريخ	اسم العائلة	الاسم الشخصي

مבחן הכנסה _____ נזקק _____ שיקול דעת _____

رفض الطلب :

مصادقة الطلب :

نسبة التخفيض :

%

التاريخ :

تفاصيل المصادق

اسم العائلة الاسم الشخصي

التوقيع :

ملاحظات / הערות