

نموذج رقم 1
بند (8) (ب), 4, 19

مجلس محلي عين ماهل

طلب إعفاء/ تخفيض من دفع الضريبة العامة لبيت سكن للسنة المالية ____ بموجب الأنظمة الجديدة 1994

قسم الجباية

تفاصيل شخصية (لمشغل البيت)

حساب رقم: _____

التاريخ: _____

لمقدم الطلب

الوضع العائلي	الجنس	تاريخ الولادة			اسم الأب	الاسم الشخصي	العائلة	رقم الهوية														
<input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أرمل	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> انثى	سنة	شهر	يوم																		

تلفون

العنوان

العمل	البيت	قسمة ثانوية	قسمة رقم	قطعة أرض	رقم البيت	الشارع	المدينة

انتبه! هناك 8 أسباب تعطى لتقديم الطلب

ضع علامة x في المكان الملائم لقسم -ب- لتقديم الطلب وأكمل المعطيات الناقصة.

1. الوضع الاقتصادي (أجبر, مستقل, تعبئة القائمتين أ+ب).

2. تصريح المشغل والمقيمين معه في البيت ودخلهم عن الأشهر من تشرين 1 حتى كانون 10-11-12

معدل الدخل لثلاثة أشهر	مكان العمل	العمل	رقم الهوية	العمر	الاسم الشخصي	اسم العائلة	القرابة	
							مقدم/ة الطلب	1
							الزوج/ة	2
								3
								4
								5
								6
								7
								8
								9
								10
المجموع								انتبه! أجبر يرفق قسائم الراتب عن الأشهر تشرين 1 وتشرين 2 وكانون اول -10-11-12 / مستقل- يرفق كشف الدخل السنوي الأخير من ضريبة الدخل

(ب) مصادر دخل أخرى للمذكورين في القائمة (أ) أعلاه عليك ذكر متوسط الدخل الشهري عن الأشهر تشرين 1 - كانون 1
لا تسجل أي دخل ذكر في الجدول (أ) أعلاه

الرقم	المصدر	المبلغ ش.ج	الرقم	المصدر	المبلغ ش.ج
1	التأمين الوطني		8	دعم من الجيش	
2	مخصصات شيخوخة		9	دفعات من الخارج	
3	مخصصات تقاعد من مكان العمل		10	تعويضات	
4	مخصصات الارامل والوراثة		11	تأمين دخل	
5	مخصصات عجز		12	أعمال دخل	
6	دخل من الإيجارات		13	دعم	
7	منح مخصصات تأمين الاولاد		14	مصادر أخرى	
إذا أجرت بيت أستاذت بيتاً آخر لتسكن به اذكر الفارق بين قيمة الإيجار والإستئجار فقط					
المجموع					

أصرح بهذا إني:

2- معاق جسدياً
ولا أملك بيت إضافي

المؤسسة الطبية	نسبة العجز	البند الطبي

- من تكون نسبة 90% وما فوق يستحق التخفيض بموجب هذا البند
- 3- مكفوف, حامل شهادة مكفوف بموجب قانون الخدمات الاجتماعية 1968
- 4- والدة/ وحيدة في البيت حسب قانون العائلات وحيدة المعيل 1992
- 5- رجل بسن 65 او امرأة بسن 60 الذي يحصل/تحصل على مخصصات شيخوخة او ارامل ولا يملك/تملك بيتاً آخر.
- 6- رجل بسن 65 او امرأة بسن 60 الذي يحصل/تحصل على مخصصات شيخوخة او ارامل بالاضافة لمخصصات تأمين الدخل من مؤسسة التأمين الوطني ولا يملك/ تملك أي بيت آخر.
- 7- معاق يستحق مخصصات شهرية كاملة حسب البند 127 من قانون التأمين الوطني ونسبة العجز المعاشي من 75% فما فوق
- 8- يستحق مخصصات حسب:

- قانون تأمين الدخل لسنة 1980 بمبلغ _____ ش.ج شهرياً
- تأمين الدخل الادنى من وزارة الاديان بمبلغ _____ ش.ج شهرياً
- قانون النفقة (تأمين دفع) لسنة 1972 بمبلغ _____ ش.ج شهرياً
- دخل إجتماعي (للمقعدين) حسب الفصل السادس من قانون التأمين الوطني بمبلغ _____ ش.ج. شهرياً
- بهذا أن المعلومات الواردة في طلبي أعلاه صحيحة ولم أخف أية معلومة من المعلومات المطلوبة مني.

تاريخ _____

توقيع مقدم الطلب _____



تعليمات- 1) ارفاق المستندات الملائمة المطلوبة لإثبات صحة المعلومات, لن يبحثالطلب دون ارفاق المستندات
2) 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

مدقق الطلب	تفاصيل			فحص الطلب	
	اسم العائلة	التاريخ	مستندات مرفقة	رقم السبب	
الاسم الشخصي		سنة	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		شهر			
		يوم	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

توقيع الموظف _____

مصادقة الطلب		اسباب القرار
الاسم الشخصية	اسم العائلة	
		<input type="checkbox"/>