



(ב) מקורות הכנסה נוספים של המנויים בסעיף (א) לעיל יש לציין ממוצע חודשי של 3 החודשים האחרונים לשנת הכספים הקודמת (אין למלא אותן הכנסות שנכללו בהודעת השומא)

| מקור | סכום בש"ח          | מקור | סכום בש"ח          |
|------|--------------------|------|--------------------|
| 1    | ביטוח לאומי        | 8    | תמיכת צה"ל         |
| 2    | מענק זקנה          | 9    | קצבת תשלומים מחו"ל |
| 3    | פנסיה ממקום העבודה | 10   | פיצויים            |
| 4    | קצבת שארים         | 11   | הבטחת הכנסה        |
| 5    | קצבת נכות          | 12   | השלמת הכנסה        |
| *6   | שכר דירה           | 13   | תמיכות             |
| 7    | מלגות              | 14   | אחר                |
|      |                    |      | סה"כ               |

\* אם השכרת דירת מגורים ושכרת דירה אחרת למגורייך יש לציין ההפרש (אם יש) בהכנסה בלבד.

הריני מצהיר כי אני:

|                    |            |           |               |
|--------------------|------------|-----------|---------------|
| 2. בעל נכות רפואית | סעיף רפואי | אחוז נכות | הרשות הרפואית |
|                    |            |           |               |

(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. עיוור בעל תעודת עיוור לפי חוק שרותי הסעד, התשכ"ח – 1968.

| שנה | חודש | יום |
|-----|------|-----|
|     |      |     |

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 יחיד" כמשמעותו בחוק משפחות חד הוריות, התשנ"ב-1992.

9. אזרח ותיק המקבלת קצבת זקנה או קצבת שאירים ואין בבעלותי דירה נוספת.

10. בן 65 או אשה בת 60 המקבלת קצבת זקנה או קצבת שאירים בצרוף גמלת הבטחת הכנסה מהמוסד לביטוח לאומי ואין בבעלותי דירה נוספת.

11. נכה הזכאי לקצבה חודשית מלאה – כמשמעותה בסעיף 127 לו לחוק ביטוח לאומי, ודרגת אי כושר השתכרותי מ-75 אחוזים ומעלה.

12. הנחה לפי חוק הטבות לניצולי שואה נזקקים.

13. זכאי לגמלה/ תשלום לפי:

גמלת סיעוד, לפי פרק ו' לחוק הביטוח הלאומי בסך \_\_\_\_\_ ש"ח לחודש

הריני 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 לפי סעיפים 9-12 לעיל ימולאו רק אם לא ניתנה ההנחה ישירות ע"י הרשות המקומית או אם חלה טעות בשיעור ההנחה בהודעה לתשלום הארנונה, לגבי אלה אין צורך בצירוף אישורים.

לשימוש המשרד

| פרטי פקיד בודק |         | בדיקת הבקשה |                          |                          |
|----------------|---------|-------------|--------------------------|--------------------------|
| שם משפחה       | שם פרטי | תאריך       | מסמכים מצורפים           | מספר הנימוק              |
|                |         |             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                |         |             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

חתימת הפקיד \_\_\_\_\_

| פרטי המאשר |          | אישור הבקשה  |                                |
|------------|----------|--------------|--------------------------------|
| שם פרטי    | שם משפחה | נימוקי החלטה |                                |
|            |          |              | <input type="checkbox"/> דחייה |
|            |          |              | <input type="checkbox"/> אישור |

חתימה