

שם המשלם: _____

מספר הנכס: _____

(טופס מס' 2)

מועצה מקומית תל מונד

בקשה לקבלת הנחה מתשלום ארנונה כללית

לדירת מגורים לשנת הכספים _____ לפי מבחן הכנסה

(ראה הגדרה בהנחיות להלן)

לפי תקנות ההסדרים במשק המדינה (הנחות מארנונה) (תיקון) התשס"ד - 2003

פרטי המבקש (מי שמחזיק בדירה)

המצב האישי	המין	תאריך לידה			שם האב	שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות												
		שנה	חודש	יום																
<input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> רווק	<input type="checkbox"/> זכר																			
<input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> נשוי	<input type="checkbox"/> נקבה																			

טלפון		המען					
עבודה/נייד	בית	מס' תת-חלקה	מס' החלקה	מס' הגוש	מס' הבית	הרחוב	הישוב

האם בבעלותך דירת מגורים נוספת?	בעלות על רכב		
	מספר הרכב	שנת יצור	דגם
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא			

שכיר/עצמאי – נא למלא טבלאות (א) ו-(ב).

(א) הצהרה על המחזיק והמתגוררים איתו בדירה והכנסותיהם בחודשים
ינואר עד דצמבר / אוקטובר עד דצמבר _____

מס'	קרבה	שם המשפחה	שם פרטי	גיל	מס' זהות	העיסוק	מקום העבודה	הכנסה חודשית ברוטו ממוצעת
1.	המבקש/ת							
2.	בן/בת הזוג							
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
	סה"כ							

שנים לב: שכיר – יצרף תלושי משכורת ל-12 חודשים (ינואר עד דצמבר _____) / ל-3 חודשים
(אוקטובר עד דצמבר _____)

עצמאי – יצרף שומת הכנסה שנתית אחרונה שבידו.

וכן תדפיסי בנק 12 חודשים אחרונים .

(ב) מקורות הכנסה נוספים של המנויים בסעיף (א) לעיל, יש לציין ממוצע חודשים ל-12 חודשים



המועצה המקומית תל-מונד

מחלקת גביה

טל': 09-7774117/42/41/40 / הדקל 52, חל-מונד / כתובות דוא"ל: OrtalH@tel-mond.muni.il / shirlid@tel-mond.muni.il / paina@tel-mond.muni.il תל-מונד מקום של הינדך

(ינואר עד דצמבר _____) או ממוצע ל-3 חודשים (אוקטובר עד דצמבר _____).

(אין למלא אותן הכנסות שנכללו בהודעת השומה).

מס'	מקור	סכום ש"	מס'	מקור	סכום ש"
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.

מספרנו: 3864 בקשת הנחה מארנונה-נזקק



המועצה המקומית תל-מונד מחלקת גביה

טל': 09-7774117/42/41/40 / הדקל 52, חל-מונד / כתובות דוא"ל: OrtalH@tel-mond.muni.il / shirlid@tel-mond.muni.il / pnina@tel-mond.muni.il תל-מונד מקום של הינדך

הריני מצהיר בזה כי כל הפרטים הרשומים לעיל הם נכונים, וכי לא העלמתי פרט
כלשהו מהפרטים שהתבקשתי למלא:

תאריך _____ חתימת המבקש _____

לשימוש המשדד

החלטת הועדה : שם : חתימה :

יש לשלוח את הטופס באחת מהדרכים הבאות :

מייל : pnina@tel-mond.muni.il / shirlid@tel-mond.muni.il / OrtalH@tel-mond.muni.il

פקס : 09-7774128