

סעיף רפואי	אחוז נכות	הרשות הרפואית

הריני מצהיר כי אני:

- 2. בעל נכות רפואית 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 ובני משפחותיהם, התשנ"ב 1992 (להלן- חוק אסירי ציון).
- 4. בן משפחה של הרוג מלכות כמשמעותו בחוק אסירי ציון.
- 5. עורך בעל תעודת עוור לפי חוק שרותי הסעד, התשכ"ח 1968.
- 6. עולה לפי חוק השבות, תש"י 1950, תאריך רישום כעולה במרשם האוכלוסין-

שנה	חודש	יום

- 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. בן 67 או אשה בת 62 המקבלת/קצבת זיקנה או קצבת שאירים ואין בבעלותי דירה נוספת.
- 10. בן 67 או אשה בת 62 המקבלת/קצבת זיקנה או קצבת שאירים בצרוף גימלת הבטחת הכנסה מהמוסד לביטוח לאומי ואין בבעלותי דירה נוספת.
- 11. נכה הזכאי לקיצבה חודשית מלאה - כמשמעותה בסעיף 127 לחוק ביטוח לאומי, ודרגת אי כושר השתכרותי מ- 75 אחוזים ומעלה.
- 12. זכאי לגמלה / תשלום לפי:

- חוק הבטחת הכנסה התשמ"א - 1980 בסך _____ ₪ לחודש
- להבטחת הכנסה מינימום, מהמשרד לענייני דתות בסך _____ ₪ לחודש
- חוק המזונות (הבטחת תשלום) תשל"ב - 1972, בסך _____ ₪ לחודש
- גימלת סיעוד, לפי פרק ו' לחוק הביטוח הלאומי, בסך _____ ₪ לחודש

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

תאריך _____ חתימת המבקש _____

הנחיות:
1. יש לצרף אישורים מתאימים להוכחת הזכאות. בקשות ללא אישורים מתאימים - לא יטופלו.
2. בקשה להנחות ע"פ סעיפים 9-12 לעיל ימולאו רק אם לא ניתנה ההנחה ישירות ע"י הרשות המקומית או אם חלה טעות בשיעור ההנחה בהודעה לתשלום הארנונה.

לשימוש המשרד

חתימת הפקיד

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

פרטי המאשר

אישור הבקשה

שם פרטי	שם משפחה
חתימה	

נימוקי ההחלטה	
	<input type="checkbox"/> דחייה
	<input type="checkbox"/> אישור