

מספר משלם: \_\_\_\_\_

מספר נכס: \_\_\_\_\_

**שם הרשות המקומית מועצה מקומית אורנית**

**20 בקשה לקבלת הנחה מתשלום ארנונה כללית לדירת מגורים לשנת הכספים**

פרטי המבקש (מי שמחזיק בדירה)

מספר ת. זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב אישי
				ז/נ	ר / נ / ג / א
הישוב	הרחוב	מס' בית	מס' גוש	מס' חלקה	טלפון בית
אורנית					טלפון נוסף

האם בבעלותך דירת מגורים נוספת?  כן /  לא

לתשומת ליבך: בטופס מוגדרות לנוחיותך 12 סיבות בגינן ניתן להגיש הבקשה. נא סמן X במשבצת המתאימה לסיבת הגשת הבקשה, והשלם פרטים חסרים.

[ ] 1. מצב כלכלי (שכיר / עצמאי - יש למלא טבלאות (א) ו-(ב) להלן).

(א) הצהרה על המחזיק והמתגוררים איתו בדירה והכנסותיהם בחודשים אוקטובר עד דצמבר 20\_\_.

קירבה	שם משפחה	שם פרטי	גיל	מספר ת. זהות	עיסוק	מקום עבודה	הכנסה חודשית ברוטו ממוצעת
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

שים לב:

שכיר - יצרף תלושי משכורת לחודשים: אוקטובר נובמבר דצמבר שנת 20\_\_.

עצמאי - יצרף שומת הכנסה שנתית אחרונה שבידו.

סה"כ

(ב) מקורות הכנסה נוספים של המנויים בסעיף (א) לעיל יש לציין ממוצע חודשי לחודשים אוקטובר עד דצמבר 20 (אין למלא אותן הכנסות שנכללו בהודעת השומא)

מ ק ו ר	ס כ ו ם בש"ח	מ ק ו ר	ס כ ו ם בש"ח
1	ביטוח לאומי	8	תמיכת צה"ל
2	מענק זקנה	9	קצבת תשלומים מחו"ל
3	פנסיה ממקום עבודה	10	פיצויים
4	קצבת שאירים	11	הבטחת הכנסה
5	קיבצת נכות	12	השלמת הכנסה
*6	שכר דירה	13	תמיכות
7	מלגות	14	אחר
			סה"כ

\* אם השכרת דירת מגורים ושכרת דירה אחרת למגוריו, יש לציין את הפרש (אם יש) בהכנסה בלבד.

הריני מצהיר כי אני :

[ ] 2. בעל נכות רפואית ואין בבעלותי דירה נוספת.  
 (זכאי להנחה ע"י סעיף זה מי שדרגת נכותו הרפואית המוכחת היא בשעור 90 אחוז ומעלה).

סעיף רפואי	אחוז נכות	הרשות הרפואית

[ ] 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. עוור בעל תעודת עוור - לפי חוק שרותי הסעד, התשכ"ח - 1968.

[ ] 6. עולה - לפי חוק השבות, תש"י - 1950. תאריך רישום כעולה במרשם האוכלוסין \_\_\_\_\_

[ ] 7. נכה הזכאי לתגמולים - לפי חוק התגמולים לנפגעי איבה, התשל"ל - 1970.

[ ] 8. "הורה עצמאי" - לפי חוק סיוע למשפחות שבראשן הורה עצמאי, התשנ"ב - 1992.

[ ] 9. בן 65 או אשה בת 60 המקבלת קצבת זיקנה או קצבת שאירים ואין בבעלותי דירה נוספת.

[ ] 10. בן 65 או אשה בת 60 המקבלת קצבת זיקנה או קצבת שאירים בצירוף גימלת הבטחת הכנסה מהמוסד לביטוח לאומי ואין בבעלותי דירה נוספת.

[ ] 11. נכה הזכאי לקצבה חודשית מלאה - כמשמעותה בסעיף 127 ל"ו לחוק ביטוח לאומי, ודרגת אי כושר השתכרותי מ- 75 אחוזים ומעלה.

[ ] 12. זכאי לגימלה / תשלום לפי :

- [ ] חוק הבטחת הכנסה, התשמ"א-1980, בסך \_\_\_\_\_ ש"ח לחודש.
- [ ] להבטחת הכנסה מינימום, מהמשרד לענייני דתות, בסך \_\_\_\_\_ ש"ח לחודש.
- [ ] חוק המזונות (הבטחת תשלום) תשל"ב - 1972, בסך \_\_\_\_\_ ש"ח לחודש.
- [ ] גמלת סיעוד, לפי פרק ו' לחוק ביטוח לאומי, 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:

- יש לצרף אישורים מתאימים להוכחת הזכאות. בקשות ללא אישורים מתאימים - לא יטופלו.
- בקשה להנחות עפ"י סעיפים 9 – 12 לעיל ימולאו רק אם לא ניתנה ההנחה ישירות ע"י הרשות המקומית או אם חלה טעות בשיעור ההנחה בהודעה לתשלום ארנונה.

לשימוש המשרד

פרטי פקיד בודק		בדיקת הבקשה			
שם פרטי	שם משפחה	תאריך			מספר הנימוק
		יום	חודש	שנה	[ ]
					[ ]

חתימת הפקיד \_\_\_\_\_

פרטי המאשר		אישור הבקשה	
שם פרטי	שם משפחה	נימוק ההחלטה	
חתימה			
		[ ] דחייה	
		[ ] אישור	