



**מועצה אזורית שדות דן**

ת.ד. 15 כפר חב"ד, מיקוד 6084000 טל: 0732230600

**ועדת הנחות במיסים**

מס' נכס: \_\_\_\_\_

**בקשה לקבלת הנחה מתשלום ארנונה כללית לדירת מגורים**

**לשנת הכספים \_\_\_\_\_ 20**

למחזיק שהוא **"נזקק"** (ראה הגדרות בהנחיות להלן)  
לפי תקנות הסדרים במשק המדינה (הנחות מארנונה), התשנ"ג - 1993

**(תקנות 8 ו-19)**

**פרטי הנוכח** (מי שמחזיק בדירה)

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	תאריך לידה			מין	מצב אישי
				שנה	חודש	יום	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	רווק <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/>

טלפון		המען					
נייד	בית	מספר החלקה	מספר גוש	מיקוד	מספר הבית	הרחוב	היישוב

האם בבעלותך דירת מגורים נוספת? כן  לא

בעלות על רכב		
דגם	שנת ייצור	מספר הרכב

שכיר/עצמאי יש למלא טבלאות א' ו-ב'

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

לשימוש המשרד	הכנסה חודשית ברוטו ממוצעת	מקום העבודה	העיסוק	מספר זהות (כולל ספרת בקורת)	גיל	שם פרטי	שם משפחה	קרבה	
								1 המבקש/ת	2 בן/בת זוג

**שים לב:** שכיר • יצרף תלושי משכורת לחודשים אוקטובר, נובמבר ודצמבר .... 20  
עצמאי • יצרף שומת הכנסה שנתית אחרונה שבידו.  
\*מתגוררים: יש לרשום את כל הנפשות המתגוררות בנכס גם אם אין להם הכנסות.  
\*\*הכנסות: המחזיק יצרף אישורי הכנסה כנדרש להוכחות הזכאות. בקשות שיחסרו בהם אישורים - לא יטופלו.

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

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

המשך מעבר לדף

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

הריני מבקש הנחה מתשלום הארנונה לשנת .....20 מהנימוקים הבאים:

**הנחיות:**

- יש לצרף אישורים מתאימים להוכחת הנימוקים.
- תקנה 7 קובעת כי "נזקק" הוא:  
מחזיק שנגרמו לו הוצאות חריגות גבוהות במיוחד בשל אחת מאלה:
  - טיפול רפואי חד פעמי או מתמשך של המבקש או של בן משפחתו.
  - אסון אישי שאירע למבקש ואשר גרם להרעה משמעותית במצבו החומרי.בקשה שאינה נכללת בהגדרת סעיף 2 דלעיל תוחזר למבקש, ולא תידון בועדה.

הריני מצהיר בזה כי כל הפרטים הרשומים לעיל נכונים, וכי לא העלמתי פרט כלשהוא מהפרטים שהתבקשתי למלא. אני מתחייב בזה להעביר מידע בכתב למועצה על כל שינוי שיחול בעתיד בפרטים הנ"ל.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבקש \_\_\_\_\_

**חוות דעת מנהל מחלקת הרווחה**

ממליץ לאשר  לא ממליץ לאשר

מצ"ב דו"ח סוציאלי מפורט על המבקש ופרטי המלצתנו

תאריך \_\_\_\_\_ שם מנהל הרווחה \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

**לשימוש המשרד**

בדיקת הבקשה והחלטת הועדה						
2. הצהרת הפקיד הבודק	1. מסמכים מצורפים					
	מס' סידורי	המסמך	מקור המסמך	מס' דפים	מתאריך	בתוקף עד תאריך
אני הח"מ מצהיר בזה כי בדקתי את הבקשה והמסמכים המצורפים.						
תאריך _____ שם _____ תפקיד _____ חתימה _____						

**3. החלטת הועדה בישיבתה מס' \_\_\_\_\_ מיום \_\_\_\_\_**

**ההחלטה:**

לדחות את הבקשה  אחר \_\_\_\_\_  
 לאשר הנחה בשיעור % \_\_\_\_\_ לתקופה מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_

הערות: \_\_\_\_\_  
נימוקי ההחלטה \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ שם יו"ר הועדה: \_\_\_\_\_ חתימת יו"ר הועדה: \_\_\_\_\_

# מועצה אזורית עמק לוד

ח.ד 15 כפר חב"ד מיקוד: 72915 טל: 0732230617 פקס: 03-9607941

## מחלקת גביה

### וויתור סודיות

אני מביע בזאת את הסכמתי שהמחלקה לשירותים חברתיים במועצה אזורית עמק לוד, תמסור אינפורמציה אודותי ואודות בני משפחתי לחברי וועדת ההנחות לצורך קבלת הנחה בארנונה.

חתימה: \_\_\_\_\_

### מבנים מושכרים

הריני לאשר בזאת כי:

( ) הנני משכיר את המבנים בבעלותי המפורטים להלן:

הכנסה חודשית	גודל נכס	סוג
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

( ) אין בבעלותי מבנים מושכרים.

חתימה: \_\_\_\_\_

### הוצאות חריגות

סך ההוצאות החריגות ל-3 החודשים האחרונים: \_\_\_\_\_ ש"ח, מצ"ב מסמכים בהתאם.