



## בקשה להנחה בארנונה נכות רפואית/אי כושר/הנחת ילד נכה

תושב/ת וכבד/ה,

אדם אשר מקבל נכות זכאי להנחה מארנונה כמפורט להלן:

**נכות אי כושר** - נכה ביטוח לאומי המקבל קצבת אי כושר חודשית ודרגת נכותו היא 75% ומעלה, או שטרם קבלת קצבת זקנה ודרגת אי כושר צמיתה בשיעור 75% ומעל זכאי להנחה בשיעור 80%.

**נכות רפואית** - נכה בעל דרגת נכות רפואית מ 90% ומעלה, או מי שטרם קבלת קצבת הזקנה נקבעה לו נכות כאמור. זכאי להנחה בשיעור 40%.

**ילד נכה:**

מקבלי גמלה לילד/ה נכה (לרבות ילד במשפחה אומנה של המחזיק בנכס) זכאי לתגמול לפי תקנות הביטוח הלאומי (ילד נכה), או שהוא מעל גיל 18 ומשתלמת בעדו ובשל נכותו גמלה על ידי המוסד לביטוח לאומי ובלבד שהשתלמה בעדו גמלת ילד נכה בטרם הגיעו לגיל 18 זכאים להנחה בשיעור 33% עד 100 מ"ר.

לצורך קבלת ההנחה יש להמציא בנוסף לטופס זה:

- אישורי ביטוח לאומי בגין הנכות
- צילום תעודת זהות\* + ספח עם פרטי הילד

האם בבעלותך דירת מגורים נוספת? לא / כן: בכתובת: \_\_\_\_\_

## הצהרה לשנת – הנחת נכות

פרטי מצהיר/ה:

שם המצהיר/ה	מספר זהות	טלפון נייד
פרטי הנכס	רחוב	מס' בית/מגרש
		מספר משלם
email		

הנני מצהיר/ה בזאת, כי כל הפרטים הרשומים הם נכונים מדויקים ומלאים ולא העלמתי פרט כלשהו מהפרטים שנדרשתי למלא וכן כי זוהי דירת מגורי הקבועה.

ידוע לי כי המועצה רשאית לבצע חקירה לאימות בקשתי להנחה בארנונה והצהרתי. ידוע לי כי במידה ויימצא כי החסרתי מידע ו/או מסרתי מידע שגוי או מוטעה, תבוטל ההנחה שניתנה לי על סמך בקשתי זו, אדרש לשלם את כל המגיע ממני, בתוספת הפרשי ריבית פיגורים והצמדה ואני מסכים כי במקרה הנ"ל תחייבו אותי בהוצאות החקירה, ככל שיעלו, ואני מתחייב לשלם מיידי עם קבלת החיוב מכס.

תאריך: \_\_\_\_\_

חתימת מצהיר/ה: \_\_\_\_\_

לשימוש משרדי:

שם הבודק/ת	סוג ההנחה
הנחה אושרה/נדחתה	תקופת ההנחה
שם המאשר	
חתימת המאשר	