



המועצה המקומית מצפה רמון

נחל ציחור 1, ת.ד. 1, מצפה רמון. טל': 08-6596227/9 פקס: 08-8616753

טופס 1

תקנות 2(8)(ב), 4-19

המועצה המקומית מצפה רמון

בקשה לקבלת הנחה מתשלום ארנונה כללית לדירת מגורים לשנת 2020

לפי תקנות ההסדרים במשק המדינה (הנחות מארנונה), התשנ"ג – 1993.

מספר זהות		שם משפחה		שם פרטי		שם האב		תאריך לידה		מין		מצב אישי	
								שנה חודש יום		זכר [] נקבה []		רווק [] גרוש []	
#												אלמן [] נשוי []	
		מען										טלפון	
יישוב		רחוב		מספר בית		מס' גוש		מס' חלקה		מס' תת-חלקה		בית עבודה	
מצפה רמון													
		האם בבעלותך דירת מגורים נוספת?		כן [] לא []									

לתשומת ליבך: בטופס מוגדרות לנוחיותך הסיבות בגינן ניתן להגיש הבקשה. נא סמן X במשבצת המתאימה לסיבת הגשת הבקשה, והשלם את הפרטים החסרים.

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

אני מעוניין שההכנסה החודשית הממוצעת תחשב לפי החודשים 'נואר עד דצמבר בשנת 2019:

לשימוש המשרד

מספר הזהות	קרבה	שם משפחה	שם פרטי	גיל	עיסוק	מקום עבודה	הכנסה חודשית ברוטו ממוצעת
1	המבקש/ת						
2	בן/בת הזוג						
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
שם לב! שכיר - יצרף תלושי משכורת לחדשים אוקטובר נובמבר דצמבר מהשנה הקודמת לבקשה או 12 תלושי משכורת לפי ב סה"כ: עצמאי - יצרף שומת הכנסה שנתית אחרונה שבידו.							

(ב) מקורות הכנסה נוספים של המנויים בסעיף (א) לעיל יש לציין ממוצע חודשי לחדשים אוקטובר נובמבר דצמבר בשנת 2018: (אין למלא אותן הכנסות שנכללו בהודעת השומא)

מקור	סכום ש"ח	מקור	סכום ש"ח
1 ביטוח לאומי		8 תמיכת צה"ל	
2 מענק זיקנה		9 קצבת תשלומים מחו"ל	
3 פנסיה ממקום עבודה		10 פיצויים	
4 קיצבת שאירים		11 הבטחת הכנסה	
5 קיצבת נכות		12 השלמת הכנסה	
6 שכר דירה		13 תמיכות	
7 מילגות		14 אחר	
סה"כ:			

האם השכרת דירת מגורים ושכרת דירה אחרת למגורייך יש לציין ההפרש (אם יש) בהכנסה בלבד *

הריני מצהיר/ה כי אני:

בעל נכות רפואית 2

סעיף רפואי	אחוז הנכות	הרשות הרפואית

זכאי להנחה עיני סעיף זה מי שדרגת נכותו הרפואית המוכחת היא בשיעור של 90 אחוזים ומעלה.

א2 נכה המקבל תגמול כאסיר ציון - לפי חוק התגמולים לאסירי ציון ובני משפחותיהם, התשנ"ג - 1992 (להלן חוק אסירי ציון).

ב2 אזרח ותיק - הכנסה חודשית ממוצעת של בני המשפחה המתגוררים בנכס _____ (ברוטו ב-ש).

ג2 עיוור בעל תעודת עיוור לפי חוק שירותי הסעד, התשכ"ח - 1968.

ד2 עולה לפי חוק השבות, תש"י - 1950. תאריך רישום כעולה במירשם האוכלוסין

ה2 נכה הזכאי לתגמולים - לפי חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התשל"ל - 1970.

ו2 הורה יחיד - כמשמעותו בחוק משפחות חד הוריות, התשנ"ב - 1992.

ז2 בן 65 או אשה בת 60 המקבלת/קצבת זקנה או קצבת שאירים ואין בבעלותי דירה נוספת.

ח2 בן 65 או אשה בת 60 המקבלת/קצבת זיקנה או קצבת שאירים בצרוף גימלת הבטחת הכנסה מהמוסד לביטוח לאומי ואין בבעלותי דירה נוספת.

ט2 נכה הזכאי לקצבה חודשית מלאה - כמשמעותה בסעיף 127 לחוק ביטוח לאומי, ודרגת אי כושר השתכרות מ-75 אחוזים ומעלה.

י2 זכאי לגמלה / תשלום לפי:

חוק הבטחת הכנסה התשמ"א - 1980 בסך _____ ש"ח לחודש.

תאריך תחילת זכאות: _____ גיל המבקש: _____.

חוק המזונות (הבטחת תשלום) תשל"ב - 1972 בסך _____ ש"ח לחודש.

גימלת סיעוד, לפי פרק ו' לחוק הביטוח הלאומי, בסך _____ ש"ח לחודש.

משרת מילואים פעיל 5% הנחה שנתית

פטור חייל סדיר

יא2 סיבה אחרת, _____

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

תאריך: _____ חתימה: _____

הנחיות: 1 יש לצרף אישורים מתאימים להוכחת הזכאות, בקשות ללא אישורים מתאימים - לא יטופלו.

2 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 הארנונה.

#####

לשימוש המשרד

פרטי הפקיד הבודק		בדיקת הבקשה		
שם הפרטי	שם המשפחה	תאריך	מסמכים מצורפים	מספר הנימוק
		שנה/חודש/יום	[]	[]
			[]	[]

חתימת הפקיד: _____

פרטי המאשר		אישור הבקשה	
שם משפחה	שם הפרטי		
			דחייה []
			אישור []