

# מועצה אזורית מבואות החרמון

(תקנות 2 (8) (ב), 4 ו-19)

מחלקת גביה  
טלפון 04-6818040/1  
פקס 04-6818056

בקשה לקבלת הנחה מתשלום ארנונה כללית

מספר משלם

לדירת מגורים לשנת הכספים 2025

**למחזיק שהוא "נזקק" (ראה הגדרות בהנחיות שלהלן)**

פרטי המבקש (מי שמחזיק בדירה) לפי תקנות ההסדרים במשק המדינה (הנחות מארנונה), התשנ"ג 1993.

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	תאריך לידה	המין	המצב האישי
				שנה חודש יום	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	רווק <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/>

המען	מספר בית	בית	עבודה	פלאפון

בעלות על רכב	
דגם	שנת יצור מס' רכב

האם בבעלותך דירת מגורים נוספת כן לא

1  מצב כלכלי (שכיר/ עצמאי יש למלא טבלאות א ו- ב להלן),  
(א) הצהרה על המחזיק והמתגוררים איתו בדירה והכנסותיהם לחודשים אוקטובר עד דצמבר / ינואר עד דצמבר 2024

קרבה	שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	העיסוק	מקום העבודה/לימודים	הכנסה חודשית ברוטו ממוצעת
1	המבקש/ת					
2	בן/בת זוג					
3						
4						
5						
6						
7						
8						

שם לב: שכיר - יצרף תלושי משכורת לחודשים אוקטובר, נובמבר ודצמבר 2024  
או יצרף תלושי משכורת / טופס 106 של חודשים ינואר - דצמבר 2024  
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 / ינואר עד דצמבר 2022  
(אין למלא אותן הכנסות שנכללו בהודעת השומה)

מקור	סכום בש"ח	מקור	סכום בש"ח
1 ביטוח לאומי	8	תמיכת צה"ל	
2 מענק זקנה	9	קצבת תשלומים מחו"ל	
3 פנסיה ממקום העבודה	#	פיצויים	
4 קצבת שארים	#	הבטחת הכנסה	
5 קצבת נכות	#	השלמת הכנסה	
6 שכר דירה *	#	תמיכות	
7 מילגות	#	אחר	

המשך מעבר לדף

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

הריני מבקש הנחה מתשלום הארנונה לשנת 2024 מהנימוקים הבאים:

---



---



---



---



---



---

הנחיות: 1 יש לצרף אישורים מתאימים להוכחת הנימוקים.  
2 תקנה 7 קובעת כי "נזקק" הוא:

מחזיק שנגרמו לו הוצאות חריגות גבוהות במיוחד בשל אחד מאלה:  
\* טיפול רפואי חד פעמי או מתמשך של המבקש או של בן משפחתו.  
\* אסון אישי שאירע למבקש ואשר גרם להרעה משמעותית במצבו החומרי.  
לתשומת ליבך: בקשה שאינה נכללת בהגדרת סעיף 2 דלעיל תוחזר למבקש, ולא תידון בוועדה.

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

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

חוות דעת מנהל רווחה (שח"מ)

תאריך שם מנהל שח"ם חתימה

## לשימוש הרשות

## בדיקת הבקשה ואישורה

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.
1						
2						
3						
4						תאריך שם הפקיד חתימה

החלטת הוועדה בישיבתה מס' \_\_\_\_\_ מיום \_\_\_\_\_

ההחלטה \_\_\_\_\_ לדחות את הבקשה \_\_\_\_\_ אחר \_\_\_\_\_

לאשר הנחה בשיעור % \_\_\_\_\_ לתקופה מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_

הערות: \_\_\_\_\_

נימוקי ההחלטה \_\_\_\_\_

תאריך שם יו"ר הוועדה חתימת יו"ר הוועדה