

הריני מצהיר כי אני:

סעיף רפואי	אחוז נכות	הרשות הרפואית

2 בעל נכות רפואית

(זכאי להנחה ע"י סעיף זה מי שדרגת נכותו הרפואית המוכחת היא בשיעור של 90 אחוזים ומעלה)

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 עורך בעל תעודת עורר לפי חוק שרותי הסעד, התשכ"ח - 1968.

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

שנה	חודש	יום

7 נכה הזכאי לתגמולים - לפי חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התש"ל - 1970.

8 הורה יחיד" כמשמעו בחוק משפחות חד הוריות, התשנ"ב - 1992.

9 בן 65 או אשה בת 60 המקבלת/קצבת זקנה או קצבת שארים.

10 בן 65 או אשה בת 60 המקבלת/קצבת זקנה או קצבת שארים בצירוף גימלת הבטחת הכנסה מהמוסד לביטוח לאומי ואין בבעלותי דירה נוספת.

11 נכה הזכאי לקיצבה חודשית מלאה - כמשמעותה בסעיף 127 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 הכנסת מינימום, מהמשרד לענייני דתות בסך _____ ש"ח לחודש.

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

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

13 זכאי לקצבת ילד נכה.

14 אחר

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

תאריך _____ חתימת המבקש _____

הנחיות:	1 יש לצרף אישורים מתאימים להוכחת הזכאות, בקשות ללא אישורים מתאימים - לא יטופלו.
	2 בקשה להנחות ע"פ סעיפים 2 ו-9 לעיל ימולאו רק אם לא ניתנה ההנחה ישירות ע"י הרשות המקומית, או אם חלה טעות בשיעור ההנחה בהודעה לתשלום הארנונה.

לשימוש הרשות

בדיקת הבקשה ואישורה						
2. הצהרת הפקיד הבודק			1. מסמכים מצורפים			
אני הח"מ מצהיר בזה כי בדקתי את הבקשה והמסמכים המצורפים. להלן המלצתי: לדחות את הבקשה <input type="checkbox"/> לאשר הנחה בשיעור % _____ לתקופה מתאריך _____ עד תאריך _____ לפי סיבה מס' _____ קוד הנחה _____ הערות: _____	מס' סידורי	המסמך	מקור המסמך	מס' דפים	מתאריך	בתוקף עד תאריך
	1					
	2					
	3					
	4					
3. אישור הבקשה ע"י הממונה						
<input type="checkbox"/> אישור <input type="checkbox"/> דחייה <input type="checkbox"/> אחר _____ הערות: _____ _____ _____						
תאריך	שם	תפקיד	חתימה	תאריך	שם	תפקיד