



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 "נוזק" (ראה הגדרות בהנחיות להלן)
לפי תקנות הסדרים במשק המדינה (הנחות מארנונה), התשנ"ג - 1993

(תקנות 18 ו-19)

פרטי המבקש (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"/>

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

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	קרבה	שם משפחה	שם פרטי	גיל	מספר זהות (כולל ספרת בקורת)	העיסוק	מקום העבודה	הכנסה חודשית ברוטו ממוצעת	שם לב:	
									שכיר	עצמאי
1	המבקש/ת									
2	בן/בת זוג									
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

סה"כ

שם 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 דירה*		13 תמיכות	
7 מילגות		14 אחר	
		סה"כ	

המשך מעבר לדף

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

הנחיות:

1. יש לצרף אישורים מתאימים להוכחת הנימוקים.

2. 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.

לתשומת ליבך: 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					
	אני הח"מ מצהיר בזה כי בדקתי את הבקשה והמסמכים המצורפים.	מס' סידורי	המסמך	מקור המסמך	מס' דפים	מתאריך
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: _____

מחלקת גבייה

ת.ד. 510, כפר ח'בר (6054000) טל. 052-9607941 | מייל: info@emex-100.org | www.sdan.org.il | תשלום המס: 03-9607941 | תשלום המס: 03-9607941 | תשלום המס: 03-9607941

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:

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

() אין בבעלותי מבנים מושכרים.

חתימה: _____

הוצאות חריגות

שן ההוצאות החריגות ל-3 החודשים האחרונים _____, שן, מציב מסמכים בהתאם