

הריני מצהיר כי אני:

סעף הרפואי	אחודי כמות	החלטות הרפואיות

2. בעל כנות רפואית

ואין בבעלותי דירה נוספת.

(זכאי להנחה ע"י סעיף מי שדרגת נכותו הרפואית המורכחת היא בשעור של 90 אחוזים ומעלה).

3. נכה המקבל תגמול כאסיר ציון - לפי חוק התגמולים לאסירי ציון ובני משפחותם, התשכ"ב - 1992 (להלן - חוק אסירי ציון).

4. בן משפחה של הרוג מלכות כמשמעותו בחוק אסירי ציון.

5. עולה בעל תעודת עוזר לפי חוק שרואי הסעד, התשכ"ח - 1968

6. עולה לפי חוק השבות, תשי"ו - 1950. תאריך רישום כעולה במרשם האוכלוסין

שכנה	חודש	יום

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

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

9. בן 65 או אשה בת 60 המקבלת קצבת זיקנה או קצבת שאירים ואין בבעלותי דירה נוספת.

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

11. נכה הזכאי לקיצבה חודשית מלאה - כמשמעותה בסעיף 127 לו 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 הכנסה מינימום, מהמשרד לעיני הדתות 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.

הריני מצהיר בזה כי כל הפרטים הרשומים לעיל הם נכונים,

וכי לא העלמתי פרט כלשהו מהפרטים שהתבקשתי למלא.

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

2. בקשה להנחות ע"פי סעיפים 9-12 לעיל ינואלו רק אם לא ניתנה ההנחה ישירות ע"י הרשות המקומית או אם חלה סעור בשיעור ההנחה בהודעה לתשלום הארנונה.

כשימוש המשרד

פרטי הפקיד הבוקר		תאריך			מסמכים מצורפים		מס' הנימוק	
שם פרטי	שם משפחה	שנה	חודש	יום	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

חתימת הפקיד: _____

פרטי המאשר		אישור הבקשה	
שם פרטי	שם משפחה	נימוקי ההחלטה	
חתימה			
		דחיה <input type="checkbox"/>	
		אישור <input type="checkbox"/>	