



מועצה אזורית עמק לוד

מס' נכס:

ועדת הנחות במיסים

בקשה לקבלת הנחה מתשלום ארנונה כללית לדירת מגורים
לשנת הכספים 20

למחזיק שהוא "נזקק" (ראה הגדרות בהנחיות להלן)
לפי תקנות הסדרים במשק המדינה (הנחות מארנונה), התשנ"ג - 1993.

(תקנות 8 ו-19)

פרטי המבקש (מי שמחזיק בדירה)

מספר זהות	שם המשפחה	השם הפרטי	שם האב	תאריך הלידה	המין	המצב האישי
				שנה חודש יום	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש

טלפון		המען					
עבודה	בית	מספר החלקה	מספר גוש	מיקוד	מספר הבית	הרחוב	היישוב

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	הכנסה חודשית ברוטו ממוצעת	מקום העבודה	העיסוק	מספר זהות (כולל ספרת בקורת)	גיל	השם הפרטי	שם המשפחה	קרבה	
								המבקש/ת	בן/בת זוג
									1
									2
									3
									4
									5
									6
									7
									8
									9
									10

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 השומא, 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 שאירים		11 הבטחת הכנסה	
5 קיצבת נכות		12 השלמת הכנסה	
6 שכר דירה*		13 תמיכות	
7 מילגות		14 אחר	

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

הריני מבקש הנחה מתשלום הארנונה לשנת20 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 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 בוועדה.

הריני מצהיר בזה כי כל הפרטים הרשומים לעיל הם 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 _____

חנות דעת מנהל רווחה (שח"מ)
 ממליץ לאשר לא ממליץ לאשר
 מצ"ב דו"ח סוציאלי מפורט על המבקש ופרטי המלצתנו

תאריך _____ שם מנהל שח"מ _____ חתימה _____

לשימוש המשרד

בדיקת הבקשה והחלטת הוועדה						
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				

3. 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 _____



מועצה אזורית עמק-לוד

ת.ד. 15 כפר חב"ד מיקוד: 72915 טל: 9606961/2/3/4 בקס: 9606189

מחלקת הגביה

ב"ה

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:

סווג	גודל נכס	הכנסה חודשית
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

הערות: _____

חתימה: _____