חלק אי

המועצה האזורית
גן–רוה

עיינות ד"נ עמק שורק 70490, טל' 08-9908230

תאריך _____

מס' חשבון/מס' זיהוי/נכס

טופס 2

בקשה לקבלת הנחה מתשלום ארנונה כללית לדירת מגורים

לשנת הכספים_199 - למחזיק שהוא "נזקק" (ראה הגדרה בהנחיות להלן)

לפי תקנות התסדרים במשק המדינה (הנחות מארנונה) התשנ"ג-1993

(תקנות 8 ו-19)

מס' החלטת הועדה _____

שטח _____

חוב שנתי _____ ש"ח

יתרת חוב משנה קודמת _____ ש"ח

הנחה לשנה הנוכחית % _____

בשנת ___ קיבל הנחה % _____

פרטי המבקש (מי שמחזיק בדירה)

מספר זהות	שם המשפחה	שם פרטי	שם האב	תאריך לידה			מצב אישי
				שנה	חודש	יום	☐ נמצאים בהליכים ☐ רווק/ה ☐ גרוש/ה
							☐ חיים בנפרד ☐ נשוי/אה ☐ אלמן/ה

המען

מין		מחזיק הדירה	הישוב	רחוב	מס' הבית	טלפון	
זכר	נקבה					בית	עבודה
☐	☐	☐ בעלות ☐ שכורה _____ ש"ח					

משלות יד

בעלות על רכב		
דגם	שנת ייצור	מס' הרכב

האם בבעלותך דירת מגורים נוספת? ☐ כן ☐ לא

שכיר / עצמאי - נא למלא טבלאות (א) ו- (ב)

לשמוש המשרד

(א) הצהרה על המחזיק והמתגוררים איתו בדירה והכנסותיהם בחודשים אוקטובר, נובמבר, דצמבר _199.

	קירבה	שם המשפחה	שם פרטי	גיל	מספר זהות	העיסוק	מקום העבודה	הכנסה חודשית ברוטו מוערכת
1	המבקש/ת							
2	בן/בת זוג							
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

סה"כ

שים לב:
שכיר-יצרף תלושי משכורת לחודשים אוקטובר, נובמבר, דצמבר_199 / או טופס 106
עצמאי - יצרף שומת הכנסה שנתית אחרונה שכידו
* מתגוררים: יש לרשום את כל הנפשות המתגוררות בנכס גם אם אין להם הכנסות
** הכנסות: המחזיק יצרף אישורי הכנסה כנדרש להוכחת הזכאות. **בקשות שיחסרו בהן אישורים - לא יטופלו.**

(ב) מקורות הכנסה נוספים של המנויים בסעיף (א) לעיל, יש לציין ממוצע חודשי לחודשים אוקטובר, נובמבר, דצמבר_199.

(אין למלא אותן הכנסות שנכללו בהודעת השומה)

	מקור	סכום בשייח
1	ביטוח לאומי	
2	מענק זקנה	
3	פנסיה מקרון עבודה	
4	קצבת שאירים	
5	קצבת נכות	
6	שכר דירה	
7	מילגות	

	מקור	סכום בשייח
8	תמיכת צהייל	
9	קצבת תשלומים מחייל	
10	פיצויים	
11	הכטחת הכנסת	
12	השלמת הכנסה	
13	תמיכות	
14	אחר	

סה"כ

* אם השכרת דירת מגורים ושכרת דירה אחרת למגוריך יש לציין ההפרש (אם יש) כהכנסה בלבד

המשך מעבר לדף

חלק בי

טופס 2

הריני מבקש לקבל הנחה מתשלום ארנונה לשנת _____ מהנימוקים הבאים:

הערה: שיעור ההוצאות הרפואיות החודשיות בהן הנני נושא, עומד ע"ס _____ ש"ח (ימולא ע"י מבקש ההנחה על יסוד ההוצאות בגין טיפול רפואי)

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
- לארוע אשר הביא להרעה משמעותית בלתי צפויה במצבו התומרי

לתשומת ליבך: בקשה שאינה נכללת בהגדרת סעיף 2 לעיל תוחזר למבקש ולא תידון בועדה

- הריני מצהיר בזה כי כל הפרטים הרשומים לעיל הם נכונים, וכי לא העלמתי פרט כלשהו מהפרטים שהתבקשתי למלא.
- הנני מודע לזכותה של העירייה לבדוק ולאמת את הפרטים הנ"ל.
- אני מתחייב בזה להעביר מידע בכתב לעירייה על כל שינוי שיחול בעתיד בפרטים הנ"ל.

תאריך _____ חתימת המבקש _____

החלטת הועדה בישיבתה מס' _____ מיום _____

ההחלטה:
☐ לדחות את הבקשה
☐ לאשר הנחה בשיעור % _____ לתקופה מתאריך _____ עד תאריך _____
☐ אחר _____

הערות: _____

נימוקי ההחלטה: _____

_____	_____	_____
תאריך	פרטי המאשר	החתימה