

סעיף רפואי	אחוז נכות	הרשות הרפואית

הריני מצהיר כי אני:

- 2. בעל נכות רפואית ואין בבעלותי דירה נוספת (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 עוור לפי חוק שרותי הסעד, התשכ"ח 1968.
- 6. עולה לפי חוק השבות, תש"י 1950, תאריך רישום כעולה במרשם האוכלוסין-

שנה	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 67 או אשה בת 62 המקבלת/קצבת זיקנה או קצבת שאירים ואין בבעלותי דירה נוספת.
- 10. בן 67 או אשה בת 62 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 לחוק ביטוח לאומי, ודרגת אי כושר השתכרותי מ- 75 אחוזים ומעלה.
- 12. זכאי לגמלה / תשלום לפי:

- חוק הבטחת הכנסה התשמ"א - 1980 בסך _____ ₪ לחודש
- להבטחת הכנסה מינימום, מהמשרד לענייני דתות בסך _____ ₪ לחודש
- חוק המזונות (הבטחת תשלום) תשל"ב - 1972, בסך _____ ₪ לחודש
- גימלת סיעוד, לפי פרק ו' לחוק הביטוח הלאומי, בסך _____ ₪ לחודש

הריני מצהיר/ה 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 9-12 לעיל ימולאו רק אם לא ניתנה ההנחה ישירות ע"י הרשות המקומית או אם חלה טעות בשיעור ההנחה בהודעה לתשלום הארנונה.

לשימוש המשרד

חתימת הפקיד _____

פרטי פקיד בודק		בדיקת הבקשה		
שם פרטי	שם משפחה	תאריך	מסמכים מצורפים	מספר הנימוק
		יום	שנה	חודש
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

פרטי המאשר

אישור הבקשה

שם פרטי	שם משפחה
חתימה	

נימוקי ההחלטה	<input type="checkbox"/> דחייה
	<input type="checkbox"/> אישור