


**המרכז לתשלומים עירוניים**  
מס' זיהוי פיזי  
מס' משלם



**בקשה לקבלת הנחה מתשלום ארנונה כללית לדירת מגורים**

**לשנת הכספים**

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

טופס 2 (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"/> גרוש <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אלמן

ה	מ	ע	ן	טלפון
הישוב	הרחוב	מספר הבית	מיקוד	מספר הגוש
				מספר החלקה
				בית
				עבודה

האם בבעלותך דירת מגורים נוספת?  כן  לא

בעלות על רכב		
דגם	שנת ייצור	מספר הרכב

שכיר/עצמאי - נא למלא טבלאות (א) ו-(ב)

(א) הצהרה על המחזיק והמתגוררים \* איתו בדירה והכנסותיהם \*\* בחדשי אוקטובר עד דצמבר \_\_\_\_\_

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

שם לב: שכיר - יצרף תלושי משכורת לחודשים אוקטובר, נובמבר ודצמבר \_\_\_\_\_  
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 להוכחת הזכאות. בקשות שיחסרו בהם אישורים - לא יטופלו.

**סה"כ**

(ב) מקורות הכנסה נוספים של המנויים בסעיף (א) לעיל. יש לציין ממוצע חודשי לחודשים אוקטובר עד דצמבר \_\_\_\_\_  
(אין למלא אותן הכנסות שנכללו בהודעת השומא סעיף א')

מקור	סכום ש"ח	מקור	סכום ש"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	
		סה"כ	

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 שנתבקשתי למלא. אני מתחייב בזה להעביר מידע בכתב לעירייה על כל שינוי שיחול בעתיד בפרטים הנ"ל.

חתימת המבקש \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

חוות דעת מנהל רווחה (שח"מ)

ממליץ לאשר  לא ממליץ לאשר

מצ"ב דו"ח סוציאלי מפורט על המבקש ופרטי המלצתנו

\_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ שם מנהל שח"מ \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

המלצת גזבר הרשות \_\_\_\_\_ הערות : \_\_\_\_\_

ממליץ לאשר  לא ממליץ לאשר

\_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ שם הגזבר \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

**לשימוש המשרד**

בדיקת הבקשה והחלטת הועדה						
מספר סידורי	המסמך	מקור המסמך	מס' דפים	מתאריך	2. הצהרת הפקיד הבודק	
					שם הפקיד	תאריך
1					אני הח"מ מצהיר בזה כי בדקתי את הבקשה, המסמכים המצורפים	
2						
3						
4						

3. החלטת הועדה בישיבתה מס' \_\_\_\_\_ מיום \_\_\_\_\_

ההחלטה :  לדחות את הבקשה  לאשר הנחה בשיעור % \_\_\_\_\_ לתקופה מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_

הערות : \_\_\_\_\_

נימוקי ההחלטה : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ חתימת יו"ר הועדה \_\_\_\_\_ שם יו"ר הועדה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_