

הגשת הבקשה להנחה אינה פוטרת  
מתשלום המס במועד. כל סכום שלא  
שולם במועד נושא ריבית והצמדה  
בהתאם לחוק.



מועצה אזורית הגלבע  
מחלקת הגבייה והאכיפה

**בקשה לקבלת הנחה מתשלום ארנונה כללית לדירת מגורים  
לשנת הכספים \_\_\_\_\_ למחזיק שהוא "נזקק"  
לפי תקנות ההסדרים במשק המדינה (הנחות מארנונה) התשנ"ג 1993 "נזקק":  
מחזיק שנגרמו לו הוצאות חריגות גבוהות במיוחד בשל:  
- טיפול רפואי חד פעמי או מתמשך של המבקש או של בן משפחתו.  
- אירוע אשר גרם להרעה משמעותית בלתי צפויה במצבו החומרי**

פרטי המבקש (מי שמחזיק בדירה)

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	המין	המצב האישי
			<input type="checkbox"/> זכר	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גרוש
			<input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אלמן

טלפונים										המען			
נייד										בית	מס' הנכס	מס' בית	היישוב
0	5	-											

האם בבעלותך דירת מגורים נוספת  כן  לא

בעלות על רכב			
דגם	שנת ייצור	מס' הרכב	

1. שכיר/עצמאי- נא למלא טבלאות (א) ו-(ב).  
(א) הצהרה על המחזיק והמתגוררים איתו בדירה והכנסותיהם בחודשים אוקטובר עד דצמבר \_\_\_\_\_.

קרבה	שם משפחה	שם פרטי	גיל	מספר זהות	העיסוק	מקום העבודה	הכנסה חודשית ברוטו ממוצעת
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
שם לב: שכיר יצרף תלושי משכורת לחודשים אוקטובר, נובמבר ודצמבר _____.							סה"כ
עצמאי יצרף שומת הכנסה שנתית							

(א) מקורות הכנסה נוספים של המנויים בסעיף (א) לעיל  
(אין למלא אותן הכנסות שנכללו בהודעת השומה)

מקור	סכום בש"ח	מקור	סכום בש"ח
1 ביטוח לאומי	8	8 תמיכת צה"ל	
2 מענק זקנה	9	9 קצבת תשלומים מחו"ל	
3 פנסיה ממקום העבודה	10	10 פיצויים	
4 קצבת שארים	11	11 הבטחת הכנסה	
5 קצבת נכות	12	12 השלמת הכנסה	
6 * שכר דירה	13	13 תמיכות	
7 מילגות	14	14 אחר	
		סה"כ	

\* אם השכרת דירת מגורים ושכרת דירה אחרת למגורייך יש לציין ההפרש (אם יש) הכנסה בלבד

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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 עמי או מתמשך של המבקש או של בן משפחתו.  
- אירוע אשר הביא להרעה משמעותית בלתי צפויה במצבו החומרי.  
חריני מצהיר בזה כי כל הפרטים הרשומים לעיל הם נכונים, וכי לא העלמתי פרט כלשהוא מהפרטים שהונבקשוני למלא.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

**יש לצרף את המסמכים והאישורים המתאימים להוכחת הזכאות:**

- טופס בקשה להנחה – חתום ומלא.
- צילום ת.ז. כולל ספח.
- אישורי הכנסה לחודשים אוקטובר, נובמבר, דצמבר \_\_\_\_\_
- שומת מס הכנסה \_\_\_\_\_ ו/או אחרונה.
- אישור מביטוח לאומי על מעמד לא עובד (אישה/בעל).
- אישור מביטוח לאומי על קבלת קצבה כלשהי.
- אישור מביטוח לאומי על קבת קצבת נכות.
- חתימה על טופס ויתור סודיות.
- אישורים / מסמכים מתאימים להוכחת הנימוקים.
- אישורים / קבלות על הוצאות חריגות.

**כמו כן יש לצרף כל מסמך/אישור שיתבקש ממחלקת הגבייה.  
במקרה של השמטת אחד הפרטים בטופס ו/או אי צירוף אישורים מתאימים, לא תועבר  
הבקשה לטיפול.**

**ההנחה תקבע בוועדת ההנחות בארנונה**