



המועצה המקומית תל-מונד

מחלקת גביה

טל': 09-7774117/42/41/40 / דקל 52, תל-מונד / כתובות דוא"ל: OrtalH@tel-mond.muni.il / shirlid@tel-mond.muni.il / pnina@tel-mond.muni.il תל-מונד מקום של חינוך

מספר משלם: _____
מספר נכס: _____

תוספת שניה
(תקנה 4)

מועצה מקומית תל מונד

בקשה לקבלת הנחה מתשלום ארנונה כללית לדירת מגורים לשנת

הכספים _____ לפי תקנות ההסדרים במשק המדינה (הנחות מארנונה), התשנ"ג 1993

פרטי המבקש (מי שמחזיק בדירה)

מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	תאריך לידה			המצב האישי
				שנה	חודש	יום	
							<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אלמן
							<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה

טלפון		המען					
עבודה/נייד	בית	מס' תת-חלקה	מס' החלקה	מס' הגוש	מס' הבית	הרחוב	הישוב

האם בבעלותך דירת מגורים נוספת?

כן לא

לתשומת ליבך: בטופס מוגדרות לנוחיותך 14 סיבות בגינן ניתן להגיש הבקשה. נא סמן X במשבצת המתאימה לסיבת הגשת הבקשה, והשלם הפרטים החסרים.

1. מצב כלכלי שכיר/עצמאי – נא למלא טבלאות (א) ו-(ב).



המועצה המקומית תל-מונד

מחלקת גביה

טל': 09-7774117/42/41/40 / הדקל 52, תל-מונד / כתובות דוא"ל: OrtalH@tel-mond.muni.il / shirlid@tel-mond.muni.il / pnina@tel-mond.muni.il תל-מונד מקום של חינוך

(א) הצהרה על המחזיק והמתגוררים איתו בדירה והכנסותיהם בחודשים ינואר עד דצמבר _____

מס'	קרבה	שם המשפחה	שם פרטי	גיל	מס' זהות	העיסוק	מקום העבודה	הכנסה חודשית ברוטו ממוצעת
1.	המבקש/ת							
2.	בן/בת הזוג							
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
							סה"כ	

שים לב:

שכיר – יצרף תלושי משכורת ל- 12 חודשים (ינואר עד דצמבר _____) / ל-3 חודשים (ינואר עד דצמבר _____)

עצמאי – יצרף שומת הכנסה שנתית אחרונה שבידו. וכן יש לצרף תדפיסי בנק 12 חודשים אחרונים

(ב) מקורות הכנסה נוספים של המנויים בסעיף (א) לעיל, יש לציין ממוצע חודשי ל- 3 חודשים (אוקטובר, נובמבר, דצמבר _____ אין למלא אותן הכנסות שנכללו בהודעת השומה).

מס'	מקור	סכום ₪	מס'	מקור	סכום ₪
1.	ביטוח לאומי		9.	תמיכת צה"ל	
2.	מענק זקנה		10.	קצבת תשלומים מחו"ל	
3.	פנסיה ממקום העבודה		11.	פיצויים	
4.	קצבת שארים		12.	הבטחת הכנסה	
5.	קצבת נכות		13.	השלמת הכנסה	
6.	שכר דירה		14.	תמיכות	
7.	מלגות		15.	אחר	
8.	קצבאות ילדים			סה"כ	

מספרנו: 3863 בקשת הנחה מארנונה



המועצה המקומית תל-מונד

מחלקת גביה

טל': 09-7774117/42/41/40 / דקל 52, תל-מונד / כתובות דוא"ל: OrtalH@tel-mond.muni.il / shirlid@tel-mond.muni.il / pnina@tel-mond.muni.il תל-מונד מקום של חינוך

הריני מצהיר כי אני:

1. בעל נכות רפואית - ואין בבעלותי דירה נוספת

סעיף רפואי	אחוז נכות			חדשות הרפואית

(זכאי להנחה ע"י סעיף שדרגת נכותו הרפואית המוכחת היא בשיעור של 90% ומעלה).

2. נכה המקבל תגמול כאסיר ציון, לפי חוק התגמולים לאסירי ציון ובני משפחותיהם, התשנ"ב (1992).

3. בן משפחה של הרוג מלכות כמשמעותו בחוק אסירי ציון.

4. עוור בעל תעודת עוור לפי חוק שירותי הסעד התשכ"ח - 1968

5. עולה לפי חוק השבות, תש"י - 1950 תאריך רישום כעולה במרשם האוכלוסין.

6. נכה הזכאי לתגמולים - לפי חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התש"ל - 1970.

7. "הורה יחיד" כמשמעותו בחוק משפחות חד הוריות, התשנ"ב - 1992.

8. בן 67 או אישה בת 62 המקבלת קצבת זקנה או קצבת שארים ואין בבעלותי דירה נוספת.

9. בן 67 או אישה בת 62 המקבלת קצבת זקנה או קצבת שארים בצירוף גימלת הבטחת

הכנסה מהמוסד לביטוח לאומי ואין בבעלותי דירה נוספת.

10. נכה הזכאי לקצבה חודשית מלאה - כמשמעותה בסעיף 127 לו לחוק ביטוח לאומי, ודרגת אי כושר השתכרותי מ- 75% ומעלה.

11. זכאי לגמלה / תשלום לפי:

חוק הבטחת הכנסה התשמ"א - 1980 בסך _____ ₪ לחודש.

חוק המזונות הבטחת תשלום) תשל"ב - 1972 בסך _____ ₪ לחודש.

גמלת סיעוד, לפי פרק ו' לחוק הביטוח הלאומי, בסך _____ ₪ לחודש.

הריני מצהיר כי:

- התחלתי לקבל גמלה לפי חוק הבטחת הכנסה או חוק המזונות לפני יום כ"ז בטבת התשס"ג (1 ינואר 2003) ולא חלה הפסקה של 6 חודשים רצופים לפחות בזכאותי לגמלה מאותו יום.

12. חייל בסדיר או הוריו של חייל או משרת בשירות לאומי

13. נכה מערכת הביטחון.

14. משפחה שכולה.

15. משפחת אומנה

16. מקבל קצבה לילד נכה.

17. אחר



המועצה המקומית תל-מונד

מחלקת גביה

טל': 09-7774117/42/41/40 / הדקל 52, תל-מונד / כתובות דוא"ל: OrtalH@tel-mond.muni.il / shirlid@tel-mond.muni.il / pnina@tel-mond.muni.il תל-מונד מקום של חינוך

הריני מצהיר בזה כי כל הפרטים הרשומים לעיל הם נכונים, וכי לא העלמתי פרט כלשהוא מהפרטים שהתבקשתי למלא:

תאריך _____ חתימת המבקש _____

1. יש לצרף אישורים מתאימים להוכחת הזכאות, בקשות ללא אישורים מתאימים - לא יטופלו.

הנחיות

2. בקשה להנחות עפ"י סעיפים 9-18 לעיל, ימולאו רק אם לא ניתנה ההנחה ישירות ע"י הרשות המקומית או אם חלה טעות בשיעור ההנחה בהודעה לתשלום הארנונה

לשימוש המשרד

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

פרטי המאשר		אישור הבקשה	
שם	שם המשפחה	נימוקי ההחלטה	
חתימה:			<input type="checkbox"/> דחייה <input type="checkbox"/> אישור

יש לשלוח את הטופס באחת מהדרכים הבאות:

חייל : OrtalH@tel-mond.muni.il / shirlid@tel-mond.muni.il / pnina@tel-mond.muni.il

פקס : 09-7774128