

סעיף רפואי	אחוז נכות	הרשות הרפואית

הנני מצהיר בזה כי אני:

2. בעל נכות רפואית ואין בבעלותי דירה נוספת

(זכאי להנחה עפ"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. עוזר בעל תעודת עוזר לפי חוק שרותי הסעד, התשכ"ח - 1968.

6. עולה לפי חוק השבות, תש"י - 1950. תאריך רישום כעולה במירשם האוכלוסין -

שנה	חודש	יום

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

8. "הורה יחיד" כמשמעותו בחוק משפחות ח הוריות, התשנ"ב - 1992.

9. בן 65 או אשה בת 60 המקבלת קצבת זיקנה או קצבת שאירים ואין בבעלותי דירה נוספת.

10. בן 65 או אשה בת 60 המקבלת קצבת זיקנה או קצבת שאירים בצירוף גימלת הבטחת הכנסה מהמוסד לביטוח לאומי ואין בבעלותי דירה נוספת.

11. נכה הזכאי לקצבה חודשית מלאה - כמשמעותה בסעיף 127 לחוק ביטוח לאומי, ודרגת אי כושר ההשתכרות מ- 75 אחוזים ומעלה.

12. זכאי לגימלאה/תשלום לפי:

גימלת סיעוד, לפי פרק ו' לחוק ביטוח לאומי, בסך _____ ש"ח לחודש.

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

היה ויתברר כי אי אילו מהצהרות המבקש/ת, בנועד חתימת הבקשה, לרבות הצהרותיו בנוגע למצבו הכלכלי, ו/או כושר השתכרותו, לא היו נכונות - תהיה העירייה רשאית לבטל כל הנחה שאושרה למבקש והעירייה תהיה רשאית לגבות מהמבקש את הסכום שאושר כהנחה (להלן: "יתרת סכום החוב") ולנקוט את כל הפעולות העומדות לרשותה על מנת לגבות את יתרת סכום החוב, כפי שתהיה באותה עת בחשבון המבקש.

תאריך _____ חתימת המבקש _____

הנחיות: 1. יש לצרף אישורים מתאימים להוכחת הזכאות. בקשות ללא האישורים המתאימים - לא יטופלו.
2. בקשה להנחות ע"פ סעיפים 12 - 9 לעיל, ימולאו רק אם לא ניתנת ההנחה ישירות ע"י הרשות המקומית או אם חלה טעות בשיעור ההנחה בהודעה לתשלום הארנונה.

לשימוש המשרד

פרטי פקיד בודק		בדיקת הבקשה		
שם המשפחה	השם הפרטי	תאריך	מסמכים מצורפים	מספר הנימוק
		שנה	חודש	יום

חתימת הפקיד _____

פרטי המאשר		אישור הבקשה	
שם המשפחה	השם הפרטי	נימוקי ההחלטה	
חתימה			
תאריך			