



(ב) מקורות הכנסה נוספים של המנויים בסעיף (א) לעיל. יש לציין ממוצע חודשי לחודשים אוקטובר עד דצמבר 2025 או לחודשים ינואר עד דצמבר 2025, לפי הבחירה שצוינה ברישאה של סעיף 1.

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

\* אם השכרת דירת מגורים ושכרת דירה אחרת למגוריו יש לציין ההפרש (אם יש) בהכנסה בלבד.  
הריני מצהיר כי אני:

☐ 2. בעל נכות רפואית

| סעיף רפואי | אחוז נכות | הרשות הרפואית |
|------------|-----------|---------------|
|            |           |               |

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. עוור בעל תעודת עוור לפי חוק שרתי הסעד, התשכ"ח-1968.  
☐ 6. עולה לפי חוק השבות, תש"י-1950. תאריך רישום כעולה במירשם האוכלוסין \_\_\_\_\_  
☐ 7. נכה הזכאי לתגמולים – לפי חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התש"ל-1970.  
☐ 8. "הורה עצמאי" כמשמעותו בחוק משפחות חד הוריות, התשנ"ב-1992. הצהרה \_\_\_\_\_  
☐ 9. אזרח ותיק המקבל/ת קצבת אזרח ותיק או קצבת שאירים או הזכאי לפי חוק גיל פרישה ואין בבעלותי דירה נוספת.  
☐ 10. אזרח ותיק המקבל/ת קצבת אזרח ותיק או קצבת שאירים בצרף גימלת הבטחת הכנסה מהמוסד לביטוח לאומי ואין בבעלותי דירה נוספת.  
☐ 11. נכה הזכאי לקיצבת חודשית מלאה – כמשמעותה בסעיף 127 לו לחוק ביטוח לאומי, ודרגת אי כושר השתכרות מ-75 אחוזים ומעלה.  
☐ 12. זכאי לגימלה/תשלום לפי:

- ☐ חוק הבטחת הכנסה התשמ"א-1980 בסך \_\_\_\_\_ ש"ח לחודש.  
☐ הבטחת הכנסת מינימום, מהמשרד לענייני דתות בסך \_\_\_\_\_ ש"ח לחודש.  
☐ חוק המזונות (הבטחת תשלום) תשל"ב-1972 בסך \_\_\_\_\_ ש"ח לחודש.  
☐ גימלת סיעוד, לפי פרק ו' לחוק ביטוח לאומי, בסך \_\_\_\_\_ ש"ח לחודש.  
☐ 13. חייל מילואים כהגדרתו בחוק שירות המילואים, התשס"ח-2008.  
☐ 14. מפקד מילואים פעיל כהגדרתו בחוק שירות המילואים, התשס"ח-2008 שמשרת בתפקיד פיקודי בפקודות הצבא.

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

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבקש/ת \_\_\_\_\_

- הנחיות: 1. יש לצרף אישורים מתאימים להוכחת הזכאות. בקשות ללא אישורים מתאימים – לא יטופלו.  
2. בקשה להנחות עפ"י סעיפים 9-13 לעיל ימולאו רק אם לא ניתנה ההנחה ישירות ע"י הרשות המקומית או אם חלה טעות בשיעור ההנחה בהודעת התשלום.  
3. יש לצרף לטופס הבקשה טופס הצהרה. ללא טופס הצהרה, לא תיבדק הבקשה להנחה.

## מועצה מקומית זכרון יעקב- מחלקת גביה

רחוב הנדיב 11 א' ת.ד. 10 זכרון יעקב מיקוד 3095001

טלפון: 04-6297111 דואר אלקטרוני [gvia@zy1882.co.il](mailto:gvia@zy1882.co.il)



### הצהרה למבקש הנחה בארנונה

< הריני מצהיר/ה בזה כי כל הפרטים הרשומים בטופס ההנחה הם נכונים

וכי לא העלמתי פרט כלשהו מהפרטים שהתבקשתי למלא.

< ידוע לי כי אם תאושר לי הנחה הרי שהיא תאושר על סמך הפרטים שהמצאתי לעיל.

< הובהר לי כי המועצה רשאית לדרוש במסגרת בחינת הבקשה כל מסמך שעניינו הכנסות ומצב חומרי וכן לבצע חקירה כלכלית מטעמה.

< אם יתברר כי הפרטים לעיל אינם מלאים או מדויקים, תבוטל ההנחה.

< כמו כן, ידוע לי שהגשת הבקשה אינה פוטרת אותי מתשלום הארנונה במועצה כמצוין בהודעת התשלום.

תאריך \_\_\_\_\_

#### פרטי המבקשים :

|          |       |          |       |
|----------|-------|----------|-------|
| שם       | _____ | שם       | _____ |
| מס' ת.ז. | _____ | מס' ת.ז. | _____ |
| חתימה    | _____ | חתימה    | _____ |