





ב. מקורות הכנסה נוספים של הרשומים בסעיף א' לעיל:

| מקור ההכנסה       | סכום לחודש | מקור ההכנסה  | סכום לחודש |
|-------------------|------------|--|------------|
| שכר               |            | הפקדות   |            |
| אזרח/ית ותיק/ה    |            | קצבת ותשלומים מחו"ל (יש לצרף תרגום לעברית חתום ע"י עו"ד) |            |
| פנסיה ממקום עבודה |            | הכנסה מנכס שבבעלותך (יש לצרף חוזה שכירות)                |            |
| קצבת שארים        |            | הבטחת הכנסה  |            |
| קצבת נכות         |            | השלמת הכנסה  |            |
| פיצויים           |            | מזונות   |            |
| סיוע בשכר דירה    |            | אחר _____  |            |

לשימוש משרדי בלבד - יש להשאיר ריק:

| מקור ההכנסה       | סכום לחודש | מקור ההכנסה  | סכום לחודש |
|-------------------|------------|--|------------|
| שכר               |            | מזונות   |            |
| הפקדות            |            | קצבת ותשלומים מחו"ל (יש לצרף תרגום לעברית חתום ע"י עו"ד) |            |
| פנסיה ממקום עבודה |            | הכנסה מנכס שבבעלותך (יש לצרף חוזה שכירות)                |            |
| קצבת שארים        |            | הבטחת הכנסה / השלמת הכנסה                                |            |
| קצבת נכות         |            | אחר _____  |            |
| פיצויים           |            | אחר _____  |            |
| סיוע בשכר דירה    |            | סה"כ   |            |

אם השכרת דירת מגורים ושכרת דירה אחרת למגורייך יש לציין את ההפרש (אם יש) בהכנסה בלבד.

ג. אם הנך מטופל/ת במחלקה לשירותים חברתיים נא פרט:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

ד. הריני מבקש/ת לקבל הנחה מתשלום הארנונה לשנת 2022 מהנימוקים הבאים:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_



ה. על המבקש/ת לצרף לבקשה את המסמכים להלן, המתאימים להוכחת האמור בבקשה זו כדלקמן:

**לתשומת לבכם:**

**בקשה שלא יצורפו אליה האישורים המתאימים לא תידון כלל!**

- נא להציג את צילומי כל תעודות הזהות של המתגוררים בנכס (כל אחד מהם בנפרד), כשכתובת המגורים זהה לכתובת הנכס שבעבורו הנך מבקש/ת הנחה.
  - תדפיסי **כל חשבונות** הבנק שברשותך של השנה הקודמת בהתאם לבחירתך בחישוב הכנסה (בעמוד הראשון) ועד לתאריך הגשת הבקשה - א. עו"ש חשבונות בנק + ב. חיובי כרטיס אשראי.
  - שכיר/ה** - תלושי שכר לחודשים אוקטובר עד דצמבר 2021 או ינואר עד דצמבר 2021, בהתאם לבחירתך לצורך חישוב הכנסה בעמוד הראשון.
  - פנסיונר/ית** - פירוט תשלומי פנסיה מחודשים אוקטובר עד דצמבר 2021 או ינואר עד דצמבר 2021, בהתאם לבחירתך לצורך חישוב הכנסה בעמוד הראשון.
  - עצמאי/ת** - אישורי הכנסה עבור שנת מס לעצמאיים, **שומת מס** אחרונה.
  - דמי לידה** - יש לצרף אישור מהמוסד לביטוח לאומי הכולל אלת אופן חישוב הזכאות ותקופת התשלום.
  - עוסק זעיר** - חשבונית או קבלות.
  - הצהרת מעסיקים לגבי מטפלות / עוזרות בית.
  - הצהרה לקבלת תמיכה כלכלית.
  - אישורים המעידים על הכנסות משכירות.
  - אישורים על הכנסות נוספות מכל מקור שהוא, כגון משכורת של ילדים.
  - הכנסה ממקום עבודה אחר / נוסף.
  - אישור על קבלת מלגות ועל שיעורן.
  - תמיכת צה"ל** - אישור מצה"ל על קבלת תמיכה, גם במקרה של חייל/ת בודד/ה, חייל/ת בסדיר יידרש צילום תעודת חוגר.
  - אישורי קצבאות מביטוח לאומי על גובה קצבת זקנה, קצבת שארים, הבטחת הכנסה, קצבאות נכות שכוללות פירוט אחוזי נכות וגובה הקצבה.
  - מובטל/ת** - אישור על קבלת דמי אבטלה במידה וזכאים, בנוסף **אישור עיסוקים** ו/או תקופת עיסוק והכנסות, מהמוסד לביטוח לאומי על כך שהמבקש/ת אינו/ה עובד/ת.
  - מסמכים משפטיים** - פסק דין מבית משפט בנוגע לחלוקת רכושו, דמי מזונות והחזקת ילדים או פתיחת תיק מזונות בבית משפט או מסמכים מהוצאה לפועל או פסק דין בנוגע לפשיטת רגל או כל החלטה שיפוטית.
  - חוזה שכירות אם הנכס בגינו מבוקשת ההנחה אינו בבעלות המבקש/ת.
  - סטודנט/ית** - נא להציג אישור לימודים: **סטודנט/ית עובד/ת** - נא להציג הכנסות, **סטודנט/ית מובטל/ת** - נא להציג אישורים מביטוח לאומי.
  - אישורים בריאותיים המעידים על המצב הבריאותי.
  - אישורים או קבלות על הוצאות חריגות כגון: מוניות / אמבולנס / תרופות.
  - סעיף זה ימולא במקרה שלמבקש אין קבלות או שיש בידו/ה רק חלק מן הקבלות בנוגע להוצאות החריגות.
- אני הח"מ \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ לאחר שהוזהרתי כי עלי לומר את האמת וכי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, באם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזה כדלקמן:
- הנני מצהיר/ה שכל הוצאות החריגות המפורטות להלן הינן הוצאות שאין באפשרותי להשיג לגביהן קבלות.
- הוצאות \_\_\_\_\_ בסך \_\_\_\_\_
- הוצאות \_\_\_\_\_ בסך \_\_\_\_\_
- הוצאות \_\_\_\_\_ בסך \_\_\_\_\_

- 1. אישורים רפואיים בצרף **קבלות בתשלום** במידה ובמהלך השנה היו למחזיק בנכס הוצאות חריגות גבוהות במיוחד בשל אחת מאלה:
  - ✓ טיפול רפואי חד פעמי או מתמשך של המבקש או של בן משפחתו.
  - ✓ אירוע אשר הביא להרעה משמעותית בלתי צפויה במצבו החומרי.

**הצהרת המבקש/ת**

- הריני מצהיר/ה בזה כי כל הפרטים הרשומים לעיל הם נכונים וכי לא העלמתי פרט כלשהו מהפרטים שהתבקשתי למלא.
- ידוע לי כי במידה ותאושר לי הנחה הרי שהיא תאושר על סמך הפרטים שהמצאתי לעיל.
- העירייה רשאית לבצע חקירה כלכלית מטעמה ובמידה ויתברר כי הפרטים לעיל אינם מלאים או מדויקים, תבוטל ההנחה.
- כמו כן ידוע לי שהגשת הבקשה אינה פוטרת אותי מתשלום הארנונה במועדה כמצוין בהודעת התשלום.

תאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
חתימה: \_\_\_\_\_

הרינו להודיעך כי חלה עליך חובה חוקית למסירת המידע לשם החזקתו או שימוש בו כמאגר מידע. המידע ישמש למטרת בדיקת זכאותך לקבלת הנחה בארנונה.

| מרכז השיחת העירייה ☎  | טלפון ☎   | אתר העירייה 🌐   |
|---|---|---|
| רחוב ויצמן 137, כפר סבא (בניין מס' 4 - עירונט)<br>ימים א' - ה' משעה 08:00 - 12:00<br>ימי ג' משעה 08:00 - 12:00 ומשעה 15:30 - 18:00<br>ישנה עמדה נגישה לאנשים בעלי מוגבלויות בניידות או בשמיעה | 1700-700253<br>שעות מענה טלפוני:<br>08:00 - 20:00 - תשלומים וברורים<br>20:00 - 22:00 - תשלומים בלבד<br>תשלום בכרטיס אשראי, מענה ממוחשב 24/7 | www.kfar-saba.muni.il<br>תשלום בכרטיס אשראי<br>צרו קשר < פנייה ליחידות העירייה<br>זמן תורים |
| 4410001 כפר סבא   | כתבת למשלוח דואר: אגף הגבייה, רחוב ויצמן 137, כפר סבא   | באתר העירייה: צרו קשר < עמוד הבית < יחידות העירייה < הכנסות העירייה, ארנונה וגבייה          |