



## בקשה להנחה בארנונה 25% לאזרחים ותיקים בדירת מגורים.

תושב/ת נכבד/ה

"אזרח ותיק" זכאי להנחה מארנונה כמפורט להלן:

1. "אזרח ותיק" המקבל מהמוסד לביטוח לאומי קצבת זקנה או קצבת שאירים או קצבת תלויים או קצבת נכות בשל פגיעה בעבודה, תינתן הנחה בשיעור 25% מחיוב הארנונה לדירת מגוריו בעבור שטח של עד 100 מ"ר. להלן: "קיצבה": {תקנה 2 (א) (1) לתקנות ההסדרים במשק המדינה (הנחה מארנונה), התשנ"ג – 1993}.

### לצורך קבלת ההנחה יש להמציא בנוסף לטופס זה:

- צילום תעודת זהות + 50 ש"ח
- אישור הזכאות מהמוסד לביטוח לאומי

"אזרח ותיק" – תושב ישראל שהגיע, לפי הרישום במירשם האוכלוסין, לגיל פרישה כמשמעותו בחוק גיל פרישה, התשס"ד – 2004.

### 2. פרטי מצהיר/ה

שם המצהיר/ה	מספר זהות	טלפון קווי	טלפון נייד
תאריך לידה	מין זכר/ נקבה	סטטוס רווק / נשוי / גרוש / אלמן	מס' המתגוררים בנכס
כתובת הנכס	רחוב	מס' בית	מספר משלם

### 3. הצהרת המבקש

אני החתום/ה מטה מצהיר/ה בזאת כי כל הפרטים הרשומים הם נכונים ולא העלמתי פרט כלשהו מהפרטים שנדרשתי למלא.

ידוע לי כי העירייה רשאית לבצע חקירה לאימות בקשתי להנחה בארנונה והצהרתי. ידוע לי כי במידה ויימצא כי החסרתי מידע ו/או מסרתי מידע שגוי או מוטעה, תבוטל ההנחה שניתנה לי על סמך בקשתי זו, אדרש לשלם את כל המגיע ממני, בתוספת הפרשי ריבית פיגורים והצמדה ואני מסכים כי במקרה הנ"ל תחייבו אותי בהוצאות החקירה, ככל שיעלו, ואני מתחייב לשלמן מיידית עם קבלת החיוב מכס.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המצהיר/ה \_\_\_\_\_

יופי ואיכות



תאריך: \_\_\_\_\_

## ויתור סודיות לנתוני ביטוח לאומי ויפוי כח לנציג עיריית

<b>מספר נכס</b>	<b>מספר זהות</b>	<b>שם המבקש/ת</b>	
<b>משלם</b>	<b>כתובת הנכס</b>		
<b>טלפון כשר : כן / לא</b>		<b>טלפון נייד:</b>	<b>טלפון קווי</b>
			<b>דוא"ל</b>

אני החתום מטה מאשר בזה כי :

ידוע לי כי אני עשוי להיות זכאי להטבות שונות ברשויות המדינה, הטבות המתבססות על נתוני ביטוח לאומי לשם מתן ההטבה, והריני מודיע בזה על הסכמתי להעביר כל מידע שבידי המוסד לביטוח לאומי בדבר זכאותי לכל גמלה, לשם תכלית זו, ובלבד שהמידע המועבר כאמור ישמש רק לצורך מתן הטבה על ידי הרשות אלה מועבר המידע.

אני משחרר בזה את המוסד לביטוח לאומי /ו/ או כל עובד מעובדיו וכן את עיריית אשקלון /ו/ או כל עובד מעובדיה מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע לגמלאות המשתלמות לי כאמור ומתיר לכם בזאת מתן מידע לגבי לרבות מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א -1981.

\_\_\_\_\_

תאריך

\_\_\_\_\_

חתימה

\_\_\_\_\_

תעודת זהות

\_\_\_\_\_

שם המבקש/ת