



הנחיות כלליות להגשת בקשה להנחה בארנונה – לוועדת הנחות

בקשות להנחה בוועדת ההנחות ניתן להגיש בגין אחד מהמקרים המפורטים מטה :

| מס' | ההנחה | ההנחה | הערות |
|-----|-------------|------------------------------|--|
| 1 | "נזקק" | עד 70% | "נזקק" הינו- מחזיק שנגרמו לו הוצאות חריגות גבוהות במיוחד בשל: * טיפול רפואי, חד פעמי או מתמשך, שלו או של בן משפחתו. * אירוע אשר הביא להרעה משמעותית בלתי צפויה במצבו החומרי. |
| 2 | תעשייה חדשה | שנה ראשונה או חלק ממנה - 75% | ברשות מקומית אשר שיעור האבטלה בה עולה על 12%. |
| | | שנה שנייה או חלק ממנה - 50% | |
| 3 | עסקים | שנה שלישית או חלק ממנה - 25% | ברשות מקומית אשר שיעור האבטלה בה עולה על 10.8% ועד 12%. |
| | | שנה ראשונה או חלק ממנה - 50% | |
| | | שנה שנייה או חלק ממנה - 25% | |
| | | שנה שלישית או חלק ממנה - 10% | |

על מגיש הבקשה למלא את טופס הבקשה אותו ניתן לקבל במחלקת הגביה או באתר האינטרנט של המועצה.

יש להקפיד למלא את הטופס ולצרף המסמכים הבאים :

1. אישורי הכנסה מכל מקור שהוא.
- שכיר - יצרף תלושי משכורת בשלושת החודשים : אוקטובר, נובמבר, דצמבר של שנת הכספים הקודמת, עצמאי - יצרף שומת הכנסה שנתית אחרונה שבידו.
2. תדפיס חשבונות בנק במשך 3 חודשים אחרונים לפני מועד הגשת הבקשה וכן תדפיס יתרות פיקדונות וחשכונות.
3. אישור ביטוח לאומי על הכנסות.
4. טופס ויתור סודיות חתום - במקרה שהמשפחה מוכרת למח' הרווחה במ.א. גליל תחתון, יש לפנות למחלקה לצורך קבלת חו"ד (טלפון : 04-6628221).

ועדת ההנחות מתכנסת ארבע פעמים בשנה (כל 3 חודשים). הועדה תדון בבקשות של "מבקשים נזקקים" ותסייע במידת האפשר, תוך הקפדה על צנעת הפרט, ומתוך כבוד לשאר ציבור התושבים המשלמים.



הסבר לטופס ויתור סודיות

לתשומת לבך!!!

- א. חוות דעת מטעם המחלקה לשירותים חברתיים בעניין בקשתך מהווה בסיס לדיון בועדת הנחות וקבלת בחלטה בעניינך.
- ב. ניתן לפנות למחלקה לשירותים חברתיים לבחינת אפשרויות סיוע על פי הצורך, בנוסף לקבלת חוות הדעת לטובת ועדת ההנחות.
- ג. על מנת שועדת הנחות תוכל לקבל את חוות הדעת מטעם המחלקה לשירותים חברתיים בעניינך, עליך לחתום על טופס ויתור הסודיות הרצ"ב.

טופס ויתור סודיות

לכבוד

המחלקה לשירותים חברתיים

כפר תבור

אני החתום מטה נותן בזה רשות למסור לועדת הנחות שליד המועצה המקומית כפר תבור (להלן: המבקש).

את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל. ובצורה שתידרש ע"י המבקש והנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ואחרת בכל הנוגע למצבי ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לני"ל.

| | | |
|----------|---------|----------|
| _____ | _____ | _____ |
| מס' זהות | שם פרטי | שם משפחה |
| _____ | _____ | _____ |
| תאריך | חתימה | כתובת |