

نموذج رقم 1  
الانظمة 2(8) . 4 و 19  
مجلس كفر كنا المحلي



طلب اعفاء / تخفيض من دفع الضريبة العامة  
لبيت سكن للسنة المالية 2017

حساب رقم .....

التاريخ .....

تفاصيل شخصية (لمشغل البيت)  
لمقدم الطلب

رقم الهوية	اسم العائلة	الاسم الشخصي	اسم الاب	تاريخ الولادة	الجنس	الوضع العائلي
				سنة شهر يوم	<input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> اعزب <input type="checkbox"/> مطلق
					<input type="checkbox"/> انثى	<input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> ارمل

تلفون		العنوان					
العمل	البيت	القرية	الشارع	رقم البيت	قطعة رقم	قسمة رقم	قسمة ثانوية

هل تمتلك بيت سكن اخر  نعم  لا

امتلاك سيارة		
النوع	سنة الانتاج	رقم السيارة

أجير مستقل - تعبئة الجدولين (أ) و(ب)

(أ) تصريح المشغل والمقيم معه في البيت ودخلهم في الأشهر من تشرين 1 حتى كانون اول 2016

القرابة	اسم العائلة	الاسم الشخصي	العمر	رقم الهوية	نوع العمل	مكان العمل	معدل الدخل لثلاث اشهر
1 مقدم/الطلب							
2 زوج/ة							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
انتبه: أجبر - يرفق قسم الراتب عن الأشهر تشرين 1 وتشرين 2 وكانون الاول 2016 المجموع:							
مستقل - يرفق كشف الدخل السنوي الاخير من ضريبة الدخل							

(ب) مصادر دخل اخرى للمذكورين في القائمة (أ) اعلاه. عليك ذكر متوسط الدخل الشهري عن الأشهر تشرين - كانون الاول 2016  
لا تسجيل اي دخل ذكر في الجدول (أ) اعلاه

المصدر	المبلغ ش.ج	المصدر	المبلغ ش.ج
1 التامين الوطني	8	دعم من الجيش	
2 مخصصات شيخوخة	9	دفعات من الخارج	
3 مخصصات تقاعد من مكان العمل	10	تعويضات	
4 مخصصات الارامل والورثة	11	تامين دخل	
5 مخصصات العجز	12	اكمال دخل	
6 دخل من الايجار	13	دعم	
7 منع	14	مصادر اخرى	
المجموع:			

اذا أجرت بيت واستأجرت بيتا اخر لتسكن به اذكر الفارق بين قيمة الايجار والاستئجار فقط  
اي طلب غير ملحق بالمستندات الملائمة لن بيعث

اصرح بهذا اني:

معاق جسديا

حساب رقم .....

التاريخ .....

المؤسسة الطبية	نسبة العجز	البند الطبي

ولا املك بيت اضافي.

(من تكون درجة عجزه 90 فما فوق يستحق التخفيض بموجب هذا البند)

3 - مكفوف - حامل بشهادة مكفوف بموجب قانون الخدمات الاجتماعية 1968

4 - والد/ة وحيد/ة في البيت حسب قانون العائلات وحيدة المعيل 1992.

5 - رجل بسن 67 او امرة 65 الذي يحصل/تحصل على مخصصات شيخوخة او ارامل او لا يملك/تملك بيتا اخر

6 - رجل بسن 67 او امرة 65 الذي يحصل/تحصل على مخصصات شيخوخة او ارامل بالاضافة لمخصصات تامين الدخل من مؤسسة

التامين الوطني ولا يملك/تملك بيت اخر

7 - معاق يستحق مخصصات شهرية كاملة حسب البند 127 من قانون التامين الوطني ونسبة العجز المعاشي من 75 فما فوق.

8 - يستحق مخصصات حسب:

قانون تامين الدخل لسنة 1980 بمبلغ \_\_\_\_\_ ش.ج شهريا

تامين الدخل الادنى من وزارة الاديان بمبلغ \_\_\_\_\_ ش.ج شهريا

قانون النفقة ( تامين دفع ) لسنة 1972 بمبلغ \_\_\_\_\_ ش.ج شهريا

دخل اجتماعي (للمقعدين) حسب الفصل السادس من قانون التامين الوطني بمبلغ \_\_\_\_\_ ش.ج شهريا

اصرح بهذا ان المعلومات الواردة في طلبي اعلاه صحيحة ولم تخف اية معلومة من المعلومات المطلوبة مني

التاريخ \_\_\_\_\_ توقيع مقدم الطلب \_\_\_\_\_

تعليمات 1 - ارفاق المستندات الملائمة المطلوبة لاثبات صحة المعلومات. لن يبحث الطلب دون ارفاق المستندات.

2 - يعبأ طلب التخفيض بموجب البنود 5-8 اذا لم يمتد التخفيض مباشرة عن طريق البلدية او اذا وقع خطأ في تقدير التخفيض

لاستعمال قسم الجباية

فحص الطلب				تفاصيل مدقق الطلب		
رقم السبب	مستندات مرفقة	التاريخ	اسم العائلة	الاسم الشخصي		
		سنة			يوم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

توقيع الموظف

مصادقة الطلب		تفاصيل المصادقة	
اسباب القرار	رقم السبب	اسم العائلة	الاسم الشخصي
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		