

הנני מצהיר/ה בזה כי אני:

2. בעל נכות רפואית

סעיף רפואי	אחוז נכות	הרשות הרפואית

(זכאי להנחה עפ"י סעיף זה מי שדרגת נכותו הרפואית המוכחת היא בשיעור של 90 אחוזים ומעלה או מי שטרם קבלת קיצבת הזיקנה נקבעה לו נכות כאמור). יש לצרף אישור הרשות הרפואית.

3. למחזיק הזכאי לגימלה כאסיר ציון - לפי חוק התגמולים לאסירי ציון ובני משפחותיהם, התשנ"ב-1992, או לגימלת נכות לפי חוק נכי רדיפות הנאצים התשי"ז-1957 (יש לצרף אישורים מתאימים).

4. בן משפחה של הרוג מלכות כמשמעותו בחוק אסירי ציון.

5. עורך בעל תעודת עוור לפי חוק שרותי הסעד, התשי"ח-1958. (יש לצרף צילום תעודת עוור).

6. עולה לפי חוק השבות, תשי"ו-1950. תאריך רישום כעולה במירשם האוכלוסין. (יש לצרף תעודת עולה).

שנה	חודש	יום

7. למחזיק שניתנה לו תעודה של אזרח עולה מהמשרד לקליטת העלייה.

8. נכה הזכאי לתגמולים- לפי חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התש"ל-1970.

9. הורה עצמאי כהגדרתו ב"חוק סיוע למשפחות שבראשן הורה עצמאי, התשנ"ב-1992" או שהוא הורה עצמאי לילד המתגורר איתו המשרת שירות סדיר כהגדרתו בחוק שירות ביטחון (נוסח משולב) התשמ"ו-1986, או מתנדב/ת בשירות הלאומי כהגדרתו בתקנה 14 לתקנות הסדרים במשק המדינה (הנחה מארנונה), התשנ"ג-1993, כל עוד הם משרתים כאמור, ובתנאי שגילם אינו עולה על 21 שנה בהצגת אישור שירות חובה (מקצין העיר חיפה). (יש לצרף תעודת זהות כולל הספח בו רשומים שמות הילדים עד גיל 18 והמצב המשפחתי + הסכם גירושין)

10. אזרח/ית ותיק/ה המקבלת/קצבת זיקנה קיצבת שארים, קיצבת תלויים או נכות בשל פגיעה בעבודה, בתוספת גימלת הבטחת הכנסה מהמוסד לביטוח לאומי (יש לצרף אישור מאת המוסד לביטוח לאומי).

11. א) נכה הזכאי לקיצבה חודשית מלאה - כמשמעותה בסעיף 127 לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), התשנ"ה-1995, ודרגת אי כושר השתכרות מ-75% ומעלה (יש לצרף אישור מאת המוסד לביטוח לאומי).

ב) נכה אשר טרם קבלת קיצבת הזיקנה נקבעה לו לצמיתות דרגת אי כושר השתכרות בשיעור של 75% ומעלה לפי סעיף 127 לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) התשנ"ה-1995 (יש לצרף אישור מאת המוסד לביטוח לאומי).

ג) בן או בת לרבות ילד במשפחה אומנה של המחזיק בנכס זכאי לגמלה לפי תקנות הביטוח הלאומי (ילד נכה), התש"ע-2010 או שהוא מעל גיל 18 ומשתלמת בעדו ובשל נכותו גמלה על ידי המוסד לביטוח לאומי ובלבד שהשתלמה בעדו גמלת ילד נכה.

זכאי לגימלה/תשלום לפי:

יש לצרף אישור על זכאותכם לגימלה/תשלום

גימלת סיעוד, לפי פרק ו' לחוק הביטוח הלאומי, בסך _____ ש"ח לחודש.

הנני מצהיר/ה כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים וידוע לי כי במקרה של גילוי פרטים לא נכונים זכאית העירייה לא להעניק לי הנחה במסים או לבטל כל הפחתה שניתנה לי ורשאית היא להעמידני לדין על מסירת הצהרה כוזבת לפי סעיף 331 לפקודת העיריות (נוסח חדש).

חתימת המבקש/ת

תאריך

מס' אסמכתא

פרטי הבדק		בדיקת הבקשה		
שם המשפחה	שם הפרטי	תאריך	מסמכים מצורפים	מס' הנימוק
		שנה	חודש	יום

פרטי המאשר/ת		אישור הבקשה	
שם המשפחה	שם הפרטי	נימוקי ההחלטה	
חתימה			
תאריך			

דחייה

אישור