



2- أصرح بهذا أنني معاق جسدياً ولا أملك بيت إضافي :

المؤسسة الطبية	نسبة العجز	البند الطبي

(من تكون درجة عجزه بنسبة 90% وما فوق يستحق التخفيض بموجب هذا البند ) .

- 3- مكفوف – حامل شهادة مكفوف بموجب قانون الخدمات الاجتماعية 1968 .
- 4- والداه وحيداه في البيت حسب قانون العائلات وحيدة المعيل 1992 .
- 5- رجل بسن 67 أو امرأة بسن 63 الذي التي يحصل تحصل على مخصصات شيوخه أو أرامل ولا يملك اتملك أي بيت آخر .
- 6- رجل بسن 67 أو امرأة بسن 63 الذي التي يحصل تحصل على مخصصات شيوخه أو أرامل بالإضافة لمخصصات تأمين الدخل من مؤسسة التأمين الوطني ولا يملك اتملك أي بيت آخر .
- 7- معاق يستحق مخصصات شهرية كاملة حسب البند 127 من قانون التأمين الوطني ونسبة العجز المعاشي من 75 % وما فوق .
- 8- يستحق مخصصات حسب :
- قانون تأمين الدخل لسنة 1980 بمبلغ \_\_\_\_\_ ش.ج شهرياً .
- تأمين الدخل الأدنى من وزارة الأديان بمبلغ \_\_\_\_\_ ش.ج شهرياً .
- قانون النفقة (تأمين دفع ) لسنة 1972 بمبلغ \_\_\_\_\_ ش.ج شهرياً .
- دخل اجتماعي (للمقعدين) حسب الفصل السادس من قانون التأمين الوطني بمبلغ \_\_\_\_\_ ش.ج شهرياً .

أصرح بهذا أن المعلومات الواردة في طلبي أعلاه صحيحة ولم أخف أية معلومة من المعلومات المطلوبة مني .

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

تعليمات 1- إرفاق المستندات الملائمة المطلوبة لإثبات صحة المعلومات . لن يُبحث الطلب دون إرفاق المستندات .  
2- يعاب طلب التخفيض بموجب البنود 5 – 8 إذا لم يعط التخفيض مباشرة عن طريق البلدية أو إذا وقع خطأ في تقدير التخفيض .

### لاستعمال قسم الجباية

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

المبلغ الكلي للضريبة	الإعفاء\التخفيض	المبلغ المطلوب بعد الإعفاء\التخفيض

توقيع الموظف : \_\_\_\_\_

مصادقة الطلب		تفاصيل المصادق	
أسباب القرار		اسم العائلة	
<input type="checkbox"/> رفض			
<input type="checkbox"/> مصادقه			
		التوقيع	