

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 65 أو امرأة بسن 60 الذي التي يحصل\تحصل على مخصصات شيخوخه أو أرامل ولا يملك\تملك أي بيت آخر .
- 6- رجل بسن 65 أو امرأة بسن 60 الذي التي يحصل\تحصل على مخصصات شيخوخه أو أرامل بالإضافة لمخصصات تأمين الدخل من مؤسسة التأمين الوطني ولا يملك\تملك 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- يعبأ 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"/>
					<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		الاسم الشخصي
<input type="checkbox"/> مصادقه		
		التوقيع