

نموذج رقم 1
(الانظمة 2 (8) (ب) , 4 و 19)
المجلس المحلي كسرى - سميع
طلب إعفاء , تخفيض من دفع الضريبة العامة
لبيت سكن للسنة المالية 2020

حساب رقم _____

تفاصيل شخصيه (لمشغل البيت)
لمقدم الطلب :

الوضع العائلي	الجنس	تاريخ الولادة			الأب	الشخصي	العائلة	رقم الهوية													
		ذكر	يوم	شهر				سنة													
مطلق <input type="checkbox"/>	أعزب <input type="checkbox"/>	ذكر <input type="checkbox"/>																			
أرمل <input type="checkbox"/>	متزوج <input type="checkbox"/>	أنثى <input type="checkbox"/>																			

تلفون		العنوان					
العمل	البيت	قسيمه ثانويه	قسيمه رقم	قطعه رقم	رقم البيت	الشارع	المدينه

هل تملك بيت سكن آخر نعم لا

إنتبه : هناك 8 أسباب تعطى لتقديم الطلب :

ضع علامة X في المكان الملائم لسبب تقديم الطلب وأكمل المعطيات الناقصة .

[1] الوضع الاقتصادي (أجير / مستقل - تعبئة القائمتين أ , ب)

لاستعمال المكتب

(أ) تصريح المشغل والمقيمين معه في البيت ودخلهم في الأشهر من تشرين أول حتى كانون أول 2019

معدل الدخل ثلاثة أشهر	مكان العمل	نوع العمل	رقم الهوية	العمر	الاسم الشخصي	اسم العائلة	القرابه
							1. مقدم الطلب
							2. زوجاه
							3.
							4.
							5.
							6.
							7.
							8.
							9.
							10.
							المجموع

إنتبه : أجير - يرفق قسائم الراتب عن الأشهر تشرين أول وتشرين ثاني وكانون أول لسنة 2019 .

مستقل : يرفق كشف الدخل السنوي الأخير من ضريبة الدخل

(ب) مصادر دخل أخرى للمذكورين في القائمة (أ) أعلاه . عليك ذكر متوسط الدخل الشهري عن الأشهر تشرين أول - كانون أول 2019
(لا تسجل أي دخل في الجدول (أ) أعلاه) .

المبلغ ش.ج	المصدر	المبلغ ش.ج	المصدر
	دعم من الجيش	8	1 التأمين الوطني
	دفعات من الخارج	9	2 مخصصات شيخوخه
	تعويضات	10	3 مخصصات تقاعد من مكان العمل
	تأمين دخل	11	4 مخصصات الأرامل والورثه
	إكمال دخل	12	5 مخصصات عجز
	دعم	13	6 دخل من الإيجارات
	مصادر أخرى	14	7 منح

- إذا أجزت بيت واستأجرت بيتاً آخر لتسكن به , أذكر الفارق بين قيمة الإيجار والاستئجار فقط .

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 شيخوخه أو أرامل ولا يملك\تملك أي بيت آخر .
6- رجل بسن 67 أو امرأة بسن 63 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	<input type="checkbox"/> مصادقه		
		التوقيع	