



# מועצה מקומית הר אדר

## מחלקה לשירותים חברתיים

טלפון: 02-6293-149

ד.נ צפון יהודה 90836

פקס: 02-5700-127

www.har-adar.muni.il

### טופס בקשה להנחה בתשלום עבור טיפול

#### שם הילד המועמד: לשנת:

שם משפחה	שם פרטי	מצב משפחתי	מקצוע	מקום עבודה	בית בבעלות	בית בשכירות	כתובת
אב							
אם							

שכר עבודה (ברוטו)	מזונות/ שארים	קצבאות ביטוח לאומי	רווח / הון / רכוש	דמי אבטלה	פנסיה	אחר
אב						
אם						

<b>יש למלא את כל הפרטים המופיעים בטבלה וכן לצרף:</b>  1. תלושי שכר לשלושה חודשים אחרונים (מייצגים). 2. טופס 106/ שומה של השנה שעברה. 3. מסמכים נוספים המעידים על הכנסות/ הוצאות מייוחדות.	<b>הוצאות מיוחדות</b> כגון טיפולים רפואיים, טיפולים פארפואיים, חוגים וכו'

ילדים מתחת לגיל 21:

שם	גיל	שם	גיל

**הצהרה:** אני מצהיר/ה בזה שכל הפרטים נכונים ומלאים, אני מתחייב/ת להודיע על כל שינוי הנוגע לפרטים שמסרתי בתוך 30 יום.

שם: