



בקשה לקבלת הנחה

1. פרטי הנרשם (הילד המאובחן):

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	גיל	כתובת	טלפון

2. פרטי בני המשפחה המתגוררים באותה הדירה (הורים, אחים, אחיות- עד גיל 21):

קרבה	ת.ז.	שם	גיל	עיסוק	מקום עבודה	שכר ברוטו- חובה למלא
א. בעל/אב						
ב. אשה/אם						
ג. ילד/ה						
ד. ילד/ה						
ה. ילד/ה						
ו. ילד/ה						
ז. ילד/ה						
ח. ילד/ה						
ט. ילד/ה						
י. ילד/ה						

לתשומת לבכם!! שכיר/ה - נא לצרף 3 תלושי משכורת אחרונים- רצופים.
עצמאי - שומת מס הכנסה של השנה האחרונה (לא דו"ח של רואה חשבון).
מובטל - אישור מביטוח לאומי על דמי אבטלה או אי- תעסוקה.

על מנת שהטופס יעבור לוועדת הנחות, נבקשכם למלא את כל הפרטים ולצרף את כל המסמכים המבוקשים.

• נא לצרף צילום ת.ז. +ספח ילדים וכתובת מגורים.



מקורות הכנסה נוספים של המבקש או הוריו: חשוב! חובה לצרף אישורים המאמתים את גובה סכום ההכנסה מהמוסד המתאים.

מקור ההכנסה	הסכום בש"ח
קצבת נכות מביטוח לאומי (נא לצרף אישור)	
קצבת נכות מצה"ל (נא לצרף אישור)	
מענק אבטלה (נא לצרף אישור מביטוח לאומי)	
דמי מזונות (נא לצרף פסק דין)	
הבטחת הכנסה (נא לצרף אישור מביטוח לאומי)	
השלמת הכנסה (נא לצרף אישור מביטוח לאומי)	
פנסיה ממקום עבודה (נא לצרף אישור)	
קצבת זקנה (נא לצרף אישור מביטוח לאומי)	
קצבת שארים (נא לצרף אישור מביטוח לאומי)	
אחר (חובה לצרף אישורים)	

3. האם המשפחה מטופלת ע"י שירותי הרווחה? כן / לא.

במידה והתשובה חיובית יש לצרף המלצות או חוות דעת עובדת רווחה.

שם העובדת הסוציאלית: _____.

4. הנימוקים לבקשת ההנחה (ימולא ע"י המבקש):

הריני מצהיר בזאת כי כל הפרטים הרשומים לעיל נכונים וכי לא העלמתי פרט כלשהו מהפרטים שהתבקשתי למלא.
במידה ויתברר כי הפרטים שהעברתי לא נכונים, אאלץ לשלם את מלוא מחיר האבחון.
תאריך _____ חתימת המבקש _____ ת.ז. _____

5. המלצת מנהל המרכז: _____

תאריך _____ חתימת מנהל המרכז _____

חתימת חבר וועדת הנחות _____

חתימת חבר וועדת הנחות _____

חתימת חבר וועדת הנחות _____