

בקשה לאישור תושבות - לשם קבלת הנחת תושב



מכוח סעיף 11 ו/או 11ב לפקודת מס הכנסה
וסעיף 3 לחוק ההסדרים במשק המדינה (הוראת שעה) התשס"א - 2001

לשאלות נוספות בנוגע לטופס, פנו אלינו: agam@huliot.co.il

שדות המסומנים בכוכבית * הם שדות חובה.

פרטי המבקש/ת

שימו לב: טופס זה ניתן למלא עבור שני בני הזוג

* שם משפחה

* שם פרטי

* שם האב

* תאריך לידה

(יש להקליד את התאריך בפורמט - DD/MM/YYYY)

* מספר זהות

יש להקליד ספרות בלבד

* כתובת מגורים עיקרית

(יישוב, מספר בית)

* האם הנך גר/ה בבית ההורים?

בחר פריט אחד

כן

לא

תושב ביישוב מתאריך

תאריך ושעת מילוי

* מספר טלפון נייד

(ללא מקף)

טלפון

שם מקום העבודה

כתובת מקום העבודה

((ישוב, רחוב, מספר בית))

מספר טלפון בעבודה

טלפון

מצב משפחתי

בחר פריט אחד

רווק/ה

נשוי/אה

גרוש/ה

אלמן/ה

פרוד/ה

מספר ילדים

יש להקליד ספרות בלבד

במידה והנך מעוניין באישור תושבות גם לבן / בת הזוג, יש למלא את הפרטים הבאים:

שם משפחה

שם פרטי

שם האב

תאריך לידה

תאריך ושעת מילוי

מספר זהות

יש להקליד ספרות בלבד

כתובת מגורים עיקרית

(ישוב, מספר בית)

מספר טלפון נייד

טלפון

שם מקום העבודה

כתובת מקום העבודה

(ישוב, רחוב, מספר בית)

מספר טלפון בעבודה

טלפון

פרטי הילדים (יש לציין את פרטי מוסדות הלימוד של הילדים מתחת לגיל 18)

שם הילד

מספר תעודת זהות

יש להקליד ספרות בלבד

תאריך לידה

תאריך ושעת מילוי

שם מוסד חינוכי

ישוב המוסד החינוכי

שם הילד

מספר תעודת זהות

יש להקליד ספרות בלבד

תאריך לידה

תאריך ושעת מילוי

שם מוסד חינוכי

ישוב

שם הילד

מספר תעודת זהות

יש להקליד ספרות בלבד

תאריך לידה

תאריך ושעת מילוי

שם מוסד חינוכי

ישוב

שם הילד

מספר תעודת זהות

יש להקליד ספרות בלבד

תאריך לידה

תאריך ושעת מילוי

שם מוסד חינוכי

ישוב

שם הילד

מספר תעודת זהות

יש להקליד ספרות בלבד

תאריך לידה

תאריך ושעת מילוי

שם מוסד חינוכי

ישוב

חברות בקופת חולים

שם קופת חולים

בסניף קופת חולים

הצהרה

* הצהרת המבקש/ת

(יש לאשר קריאת ההצהרה בקישור המצורף)

תאריך ושעת מילוי

* חתימה

אנא אשר/י את הנתונים בחתימת ידך