



# רשות הספורט העירונית

רחוב הבנים 14 (מרכז אג"מ) הוד השרון  
טלפון: 09-7759613 פקס: 09-7759606  
email: [itchakb@hod-hasharon.muni.il](mailto:itchakb@hod-hasharon.muni.il)



## טופס בקשה להנחה חוגים ברשות הספורט – שנה"ל תשע"ט

מס' זהות הילד	שם המשפחה	שם הילד	תאריך לידה	כתובת
אב	שם	ת.ז.	מקצוע ומקום עבודה	הכנסה
	מצב משפחתי: _____			
אם	שם	ת.ז.	מקצוע ומקום עבודה	הכנסה
	מצב משפחתי: _____			

אחים ואחיות עד גיל 18									
שם פרטי	מספר זהות	שנה	חודש	שם פרטי	מספר זהות	שנה	חודש	מספר זהות	שנה
.1				.4					
.2				.5					
.3				.6					

אחזקת רכב: כן/לא      סוג הרכב: \_\_\_\_\_

### נימוקים לבקשת ההנחה

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

תאריך: \_\_\_\_\_      חתימת אב: \_\_\_\_\_

חתימת אם: \_\_\_\_\_



## רשות הספורט העירונית

רחוב הבנים 14 (מרכז אג"מ) הוד השרון  
טלפון: 09-7759613 פקס: 09-7759606  
email: [itchakb@hod-hasharon.muni.il](mailto:itchakb@hod-hasharon.muni.il)



### קריטריונים להגשת בקשת הנחה

ועדת ההנחות תהה סוברנית ליתן הנחות עפ"י שיקוליה ובכפוף לעמידה באחד או יותר מהקריטריונים המפורטים מטה:

1. הורה עצמאי\* הנמצא במצב כלכלי קשה .  
כ- 2,000 ₪ לנפש (כלומר, הורים + שני ילדים – לפחות 8,000 ₪)
2. משפחה המטופלת ע"י שירותים חברתיים וקיימת המלצה למתן הנחה.
3. משפחה שאחד מבני המשפחה חולה במחלות מורכבות / חשוכות מרפא
4. משפחה שאחד מבני המשפחה עובר טיפולים רפואיים חריגים.
5. משפחה בה חל אירוע משמעותי שהביא להרעה במצב החומרי כגון: פשיטת רגל, כונס נכסים, הוצאה לפועל וכדומה.
6. מקרים מיוחדים כגון: היעדרות ילד בשל מחלה מורכבת לתקופה ממושכת, נסיעה לחו"ל במהלך השנה לביקור משפחתי ו/או טיפולים רפואיים – יזוכו בהתאם לחלק היחסי של היעדרותו.

### **מסמכים נדרשים להגשת בקשת ההנחה:**

על מנת לאמת את העובדות המפורטות בבקשת ההנחה, נדרשים מבקשי ההנחה לצרף את המסמכים שלהלן. **בקשה שלא יצורפו אליה האישורים המתאימים לא תידון כלל.**  
(נא לסמן X במקום המתאים)

- ( ) 1. צילום 2 תעודות זהות של ההורים + הספח בו מופיעים פרטי הילדים וכתובת מגורים מעודכנת להוד השרון.
- ( ) 2. תדפיסי בנק של שלושה חודשים אחרונים.
- ( ) 3. שכיר - שלושה תלושי משכורת אחרונים של שני בני הזוג.
- ( ) 4. עצמאי – דו"ח שומה או מס הכנסה של שנה קודמת
- ( ) 5. אישור מביטוח לאומי על גובה קצבת השלמת הכנסה/נכות/קצבת שארים
- ( ) 6. מובטל – אישור על קבלת דמי אבטלה מביטוח לאומי ואישור מלשכת התעסוקה על דרישת עבודה, או אישור מביטוח לאומי על כך שהמבקש אינו עובד ואינו מקבל קצבה.
- ( ) 7. הורה עצמאי – פסק דין מבית מפשט בנוגע לדמי מזונות.
- ( ) 8. חוזה שכירות/סכום על גובה תשלום משכנתא.
- ( ) 9. מסמכים משפטיים – פסק דין מבית מפשט בנוגע להוצאה לפועל/פשיטת רגל/או כל החלטה שיפוטית אחרת.
- ( ) 10. אישורים רפואיים המעידים על מצב בריאותי.
- ( ) 11. אישורים ו/או קבלות על הוצאות חריגות כגון: תרופות/טיפולים רפואיים וכדומה.
- ( ) 12. סעיף זה ימולא במקרה שלמבקש אין קבלות או שיש בידו רק חלק מן הקבלות בנוגע להוצאות חריגות:



## רשות הספורט העירונית

רחוב הבנים 14 (מרכז אג"מ) הוד השרון  
טלפון: 09-7759613 פקס: 09-7759606  
email: [itchakb@hod-hasharon.muni.il](mailto:itchakb@hod-hasharon.muni.il)



אני הח"מ \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ לאחר שהוזהרתי כי  
עלי לומר את האמת וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק, באם לא אעשה כן, מצהיר  
בזאת כדלקמן:  
הנני מצהיר/ה בזה כי נשאתי בפועל בכל ההוצאות החריגות המפורטות להלן וכי אין בידי  
קבלות המעידות על ביצוע הוצאות אלו:

1. הוצאות: \_\_\_\_\_ בסך: \_\_\_\_\_
2. הוצאות: \_\_\_\_\_ בסך: \_\_\_\_\_
3. הוצאות: \_\_\_\_\_ בסך: \_\_\_\_\_

הנני מצהיר/ה בזה כי כל הפרטים הרשומים לעיל הם נכונים וכי לא העלמתי פרט כלשהו  
מהפרטים שהתבקשתי למלא. ידוע לי כי במידה ותאושר לי הנחה הרי שהיא תאושר על סמך  
הפרטים שהמצאתי לעיל.  
העירייה רשאית לבצע חקירה כלכלית מטעמה ובמידה ויתברר כי הפרטים לעיל אינם מלאים  
או מדויקים, **תבוטל הנחה.**

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המבקש: \_\_\_\_\_

- הורה עצמאי: כהגדרתו בחוק סיוע למשפחות שבראשן הורה עצמאי, תשנ"ב - 1992