MUŞ DEFTERDARLIĞINA

(Gelir Müdürlüğü)

193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu’nun 31 inci maddesinde yazılı engellilik indiriminden faydalanmak istiyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim. ………/……../……..

**İmza**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BAŞVUDURU YAPANIN** |  |  |
| Adı ve Soyadı | **:** | **…………………………………………………………** |
| T.C. Kimlik No | **:** | **…………………………………………………………** |
| Bakmakla Yükümlü Olduğu Engelli Kişi İçin Yapılan Başvuruda Bu Kişinin  Adı Soyadı  T.C. Kimlik No | **:**  **:** | **…………………………………………………………**  **…………………………………………………………** |
| İkamet Adresi | **:** | **…………………………………………………………**  **…………………………………………………………** |
| Telefon Numarası | **:** | **…………………………………………………………** |
| E-mail Adresi | **:** | **………………………..@........................................** |
|  |  |  |
| **ÇALIŞTIĞI İŞYERİNİN** |  |  |
| Adı ve Unvanı | **:** | **…………………………………………………………** |
| İş Yeri Adresi | **:** | **…………………………………………………………**  **…………………………………………………………** |
| Telefon Numarası (İş) | **:** | **…………………………………………………………** |
| İş Verenin Vergi Kimlik Numarası | **:** | **…………………………………………………………** |

**EKLERİ:**

**1**-( ) Çalıştığı Yerden Çalıştığına Dair Yazı (Islak imzalı, kaşeli)

**2**-( ) İşçi ise Sigorta Giriş Bildirgesi

3-( ) Bakmakla Yükümlü Olduğunu Bildirir Yazı (Müstahaklık Belgesi)

4-( ) **(Varsa)** **........./……/………** gün ve **…………………………………**sayılı Engelli Sağlık Kurulu Raporu Aslı veya Tasdikli Örneği (Hastane onaylı olabilir)