MUŞ DEFTERDARLIĞINA

(Gelir Müdürlüğü)

 193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu’nun 3239 sayılı Kanunla değişik 31 inci ve 89 uncu maddesinin birinci fıkrasının 3 numaralı bendinde öngörülen engellilik indiriminden yararlanmak 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**-( ) Vergi Kimlik Numarasını Gösterir Belge (Vergi Levhası Fotokopisi)

**2**-( ) Bakmakla Yükümlü Olduğunu Bildirir Yazı (Müstahaklık Belgesi)

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