

**EK-1**

**HİZMET ERBABI KENDİSİ / BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLDUĞU ENGELLİ KİŞİ İÇİN**

**1)...VERGİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI / DEFTERDARLIK MAKAMINA\* (Gelir Müdürlüğü)**

**2)..... VERGİ DAİRESİ MÜDÜRLÜĞÜNE \***

**3)..... MAL MÜDÜRLÜĞÜNE \***

.....'nda görev yapmaktayım.

Bakmakla yükümlü bulunduğum ..... rahatsızlığı/rahatsızlığım nedeniyle 193 sayılı Gelir Vergisi Kanununun 3239 Sayılı Kanunla değişik 31. maddesinde öngörülen Engellilik indiriminden yararlanmak istiyorum. Gereğini müsaadelerinize arz ederim.

...../...../.....

İmza

**BAŞVURU YAPANIN**

Adı ve Soyadı :.....

İkametgah Adresi :.....  
.....

Telefon Numarası :.....

Çalıştığı İşyerinin Adı ve Ünvanı : .....

İşyeri Adresi :.....

Telefon Numarası :.....

**EKLERİ:**

1-( ) 3 Adet Fotoğraf

2-( ) Çalıştığı Yerden Çalıştığına Dair Yazı

3-( ) İşçi ise Sigorta Giriş Bildirgesi veya Son Dört Aylık Bordro

4-( ) Nüfus Cüzdanı Fotokopisi

5-( ) Bakmakla Yükümlü Olduğunu Bildirir Yazı

6-( ) ..... gün ve ..... sayılı ..... Hastanesi'nden alınan Sağlık Kurulu Raporu Aslı veya Noter ya da Hastane Tasdikli Örneği

EK-2

İŞYERİ YAZISI

1)...VERGİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI / DEFTERDARLIK MAKAMINA\* (Gelir Müdürlüğü)

2)..... VERGİ DAİRESİ MÜDÜRLÜĞÜNE \*

3)..... MAL MÜDÜRLÜĞÜNE \*

.....isimli personelimiz.....sigorta sicil numarası ile...../.../..... tarihinden itibaren işyerimizde çalışmaya başlamış olup halen görevine devam etmektedir. Engellilik indiriminden faydalanması için gereğinin yapılmasını arz ederim.

ADRES:

Tarih.../.../....

İşyeri yetkilisi

İmza Kaşe