................................................. İL/İLÇE

................................................. VERGİ DAİRESİ BAŞKANLIĞINA

(Gelir Müdürlüğü / Mükellef Hizmetleri)

Konu: Engellilik İndiriminden Yararlanma Talebi (GVK m.31)

Başvuran Bilgileri:

T.C. Kimlik No : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vergi Kimlik No : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (mükellef ise)

SGK Sicil No : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ücretli ise)

Adı Soyadı : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Çalışma Durumu : Ücretli / Serbest Meslek / Basit Usul (uygun olan)

İşveren/Unvan : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ücretli ise işyeri bilgisi)

Açıklama:

193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu’nun 31. maddesi uyarınca; ....../..../20.... tarih ve

....... sayılı Engelli Sağlık Kurulu Raporuma istinaden engellilik indiriminden

yararlanmak istiyorum. Raporumun değerlendirilerek indirim derece ve tutarının

tespiti ile tarafıma 'Engellilik İndiriminden Yararlanabilir' yazısının düzenlenmesini,

ücretli isem bir örneğinin işyerime gönderilmesini talep ederim.

İletişim:

Adres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-posta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

..............., .... / .... / 20....

Başvuran

Adı Soyadı : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

İmza

Ekler:

1) Engelli Sağlık Kurulu Raporu (aslı gibidir/onaylı örnek)

2) T.C. Kimlik Kartı fotokopisi

3) İş yeri yazısı/çalışma belgesi (ücretli ise)

4) SGK hizmet dökümü

5) Vergi levhası ve faaliyet belgesi (mükellef ise)