………………………………………………….. ….……...………………, …………

………………………………………………….. miejscowość data

…………………………………………………..

…………………………………………………..

…………………………………………………..

imię i nazwisko, adres do doręczeń, PESEL,
telefon wnioskodawcy

Starosta Gorzowski

ul. Pankiewicza 5-7

66-400 Gorzów Wlkp.

**WNIOSEK**

**O UDZIELENIE BONIFIKATY OD OPŁATY JEDNORAZOWEJ**

Na podstawie art. 9a ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. o przekształceniu prawa użytkowania wieczystego gruntów zabudowanych na cele mieszkaniowe w prawo własności tych gruntów (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r., poz. 139 ze zm.), **wnoszę o udzielenie przysługującej mi bonifikaty** z tytułu zamiaru uiszczenia / uiszczenia opłaty jednorazowej za przekształcenie, na warunkach określonych w ustawie.

Oznaczenie nieruchomości, której wniosek dotyczy:

miejscowość ……………............………, ulica ….....……………..............………… nr ………., nr działki …..……….…, nr księgi wieczystej gruntu ……………………...…………………..…….,

nr lokalu …….........., nr księgi wieczystej lokalu..........................................................................

Oświadczam, że nieruchomość opisana powyżej służy wyłącznie zaspokajaniu potrzeb mieszkaniowych oraz (właściwe zaznaczyć):

|  |  |
| --- | --- |
|  | jestem osobą, w stosunku do której orzeczono niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym lub znacznym; lub osobą w stosunku do której orzeczono niepełnosprawność przed ukończeniem 16 roku życia; jestem opiekunem prawnym lub przedstawicielem ustawowym w/w osób i zamieszkiwałem/am z nimi w dniu przekształcenia, tj. 1 stycznia 2019r.;*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych zgodnie z art. 9 ust. 2 lit a) ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)**.........................................................**Podpis osoby której dane dotyczą* |
|  | jestem członkiem rodziny wielodzietnej, o której mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny; |
|  | jestem kombatantem / ofiarą represji wojennych i okresu powojennego w rozumieniu ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego; |
|  | jestem inwalidą wojennym / wojskowym w rozumieniu ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin;*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych zgodnie z art. 9 ust. 2 lit a) ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)**……………………………………….**Podpis osoby której dane dotyczą* |
|  | jestem świadczeniobiorcą do ukończenia 18 roku życia, u którego stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, o których mowa w art. 47 ust. 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub ich opiekunom prawnym;*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych zgodnie z art. 9 ust. 2 lit a) ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)**……………………………………….**Podpis osoby której dane dotyczą* |

Przekładam następujące dokumenty stanowiące dowód przedstawionych powyżej oświadczeń
(*np. kopie postanowień, kopie legitymacji, dokumenty do wglądu)*

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

Wszelkie nadpłaty powstałe w wyniku rozliczeń finansowych, które mogą wynikać
z złożenia w/w wniosku proszę zwrócić:

**na nr rachunku bankowego wskazany poniżej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

....................................................................................................................................................

*imię i nazwisko, adres posiadacza rachunku*

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych.

(http://www.powiatgorzowski.pl/starostwo/ochrona-danych-osobowych-1)

…...........………………………

 podpis wnioskodawcy