

Łęknica, dnia _____, _____ r.

/imię i nazwisko/

/adres do korespondencji /

/PESEL/

/telefon kontaktowy/*

Burmistrz Łęknicy

OŚWIADCZENIE

wnioskodawcy ubiegającego się o udzielenie bonifikaty w wysokości 99% od jednorazowej opłaty z tytułu przekształcenia prawa użytkowania wieczystego gruntów zabudowanych na cele mieszkaniowe w prawo własności tych gruntów.

Oświadczam, że (zaznaczyć właściwe):

- jestem osobą posiadającą orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym lub znacznym,
- jestem osobą w stosunku do której orzeczono niepełnosprawność przed ukończeniem 16 roku życia,
- jestem opiekunem prawnym/przedstawicielem ustawowym* osoby posiadającej orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym lub znacznym, zamieszkującym z tą osobą w dniu przekształcenia
- jestem opiekunem prawnym/przedstawicielem ustawowym* osoby w stosunku do której orzeczono niepełnosprawność przed ukończeniem 16 roku życia, zamieszkującym z tą osobą w dniu przekształcenia
- jestem członkiem rodziny wielodzietnej, o której mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny (Dz.U. z 2017 r. poz. 1832, z późn. zm.) i posiadam Kartę Dużej Rodziny nr, ważną do dnia.....;
- jestem inwalidą wojennym/wojskowym* w rozumieniu ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz.U. z 2017 r. poz. 2193 oraz z 2019 r. poz. 39 i 752),

- 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 (Dz.U. z 2018 r. poz. 276 oraz z 2019 r. poz. 752),
- 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 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.);
- jestem opiekunem prawnym świadczeniobiorcy 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 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.).

Jednocześnie oświadczam, że budynek mieszkalny jednorodzinny/lokal mieszkalny nr.....*, położony w Łęknicy przy ul służy wyłącznie zaspokajaniu moich potrzeb mieszkaniowych.

* NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ

W załączeniu przedkładam kserokopie dokumentów potwierdzających powyższe, tj. (np. Karta Dużej Rodziny, orzeczenie o niepełnosprawności):

1.
2.
3.

Oświadczam, że złożone kserokopie są zgodne z oryginałami.

CZYTELNY PODPIS