

Sulejów, dnia .....

.....  
imię i nazwisko

.....  
adres do doręczeń

.....  
telefon

Urząd Miejski w Sulejowie  
ul. Konecka 42  
97-330 Sulejów

### Oświadczenie

wnioskodawcy ubiegającego się o udzielenie bonifikaty w wysokości 99% od jednorazowej opłaty z tytułu przekształcenie 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 (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1348 ze zm.) i posiadam Kartę Dużej Rodziny nr ....., ważną do dnia.....;
- ☐ jestem inwalidą wojennym/wojskowym\*\* w rozumieniu ustawy z dnia 29 maja 1974r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2020 r. poz. 586 ze zm.),
- ☐ 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 2020 r. poz. 517 ze zm.),

- ☐ 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 (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1398);
- ☐ 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 (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1398).

Jednocześnie oświadczam, że budynek mieszkalny jednorodzinny/lokal mieszkalny nr.....\*\*, położony w ..... 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. ....
4. ....
5. ....

.....  
podpis wnioskodawcy