# Załącznik do procedury XI

Piotrków Trybunalski, dnia……………..…………..

.……………………………………………………

IMIĘ I NAZWISKO

………………………………………………………

ADRES DO DORĘCZEŃ

………………………………………………………

NUMER TELEFONU

………………………………………………………

ADRES E-MAIL

………………………………………………………

PESEL

**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[[1]](#footnote-1) osoby posiadającej orzeczenie   
  o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym lub znacznym, zamieszkującym z tą osobą w dniu przekształcenia
* jestem opiekunem prawnym/przedstawicielem ustawowymi 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 2023 r. poz. 2424) i posiadam Kartę Dużej Rodziny   
  nr ………………………., ważną do dnia…………………….;
* jestem inwalidą wojennym/wojskowymi w rozumieniu ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz.U. z 2023 r. poz.1100),
* jestem kombatantem/ofiarą represji wojennych i okresu powojennegoi w rozumieniu ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz.U. z 2022r. poz. 2039),
* 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 2024 r. poz. 146);
* 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 2024 r. poz. 146).

Jednocześnie oświadczam, że budynek mieszkalny jednorodzinny/lokal mieszkalny nr……….i, położony   
w Piotrkowie Trybunalskim przy ul.…..…………………………….. służy wyłącznie zaspokajaniu moich potrzeb mieszkaniowych.

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.

**Podpis wnioskodawcy: ……………………………………………………..**

1. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-1)