

Ryczałt na zakup opału proszę przekazać zarządcy domu

TAK / NIE ***

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gmina Sierakowice (adres: ul. Lęborska 30, 83-340 Sierakowice; telefon kontaktowy: 58 681 95 00).
Klauzula informacyjna zawierająca informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 dostępna jest w Biuletynie Informacji Publicznej Gminy Sierakowice <http://sierakowice.biuletyn.net/>, na stronie www.sierakowice.pl oraz w siedzibie Urzędu Gminy Sierakowice.

.....
/podpis wnioskodawcy/

.....
/podpis przyjmującego/

* W przypadku braku nr PESEL należy podać numer dokumentu potwierdzającego tożsamość wnioskodawcy.

** W przypadku przekroczenia powierzchni normatywnej o 30 %, ale nie więcej niż 50 % pod warunkiem, że udział powierzchni pokoi i kuchni w powierzchni użytkowej lokalu nie przekracza 60 %.

*** Niepotrzebne skreślić.

**** Miesiąc, poprzedzający dzień składania wniosku.

.....
/imię i nazwisko wnioskodawcy/

.....
/miejsowość, data/

.....
/adres zamieszkania/

Nr telefonu*

Deklaracja o dochodach gospodarstwa domowego

za okres

/pełnych trzech miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku/

Oświadczam, że moje gospodarstwo domowe składa się z następujących osób:

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa
1			Wnioskodawca
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć zakładu pracy

ZAŚWIADCZENIE
wydane dla celów uzyskania dodatku mieszkaniowego

Zaświadcza się, że Pan/i

Nr PESEL

zamieszkały/a

jest zatrudniony/a

(nazwa i adres zakładu pracy)

na podstawie w okresie

(rodzaj umowy)

(okres zatrudnienia)

Dochód wypłacony w ostatnich trzech miesiącach wynosi:

Miesiąc/Rok	Przychód (1)	Koszty uzyskania przychodu (2)	Należny podatek dochodowy od osób fiz. (3)	Składki na ubezpieczenie społeczne (4)	Składka na ubezpieczenie zdrowotne (5)	Dochód (1-2-3-4-5)
RAZEM						

.....
podpis i pieczęćka pracodawcy

Sierakowice, dnia

.....
(Nazwisko i imię)

.....
(Adres)

OŚWIADCZENIE

Świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie
falszywych zeznań oświadczam, że:

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

.....
(podpis)