

WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO „BON WYSPIARZA SENIORA”

Część I wniosku (wypełnia wnioskodawca):

1. Dane osoby składającej wniosek, zwanej dalej „wnioskodawcą”

Nazwisko			Imię												
PESEL			Data urodzenia (dzień – miesiąc – rok)												
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>													<p style="text-align: center;">_ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _ _</p>		
Adres zamieszkania															
Miejscowość				Kod pocztowy											
Ulica		Numer domu		Numer mieszkania											
Numer telefonu: (dane nieobowiązkowe ale niezbędne do wyjaśniania ewentualnych wątpliwości)															

2. Oświadczam, że w dniu złożenia wniosku stale zamieszkuję na terenie Gminy Miasto Świnoujście i **zamieszkiwałam/em tu stale przez okres, co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed złożeniem wniosku** (dotyczy osób zameldowanych w Świnoujściu).

3. Oświadczam, że stale zamieszkuję na terenie Gminy Miasto Świnoujście ale nie posiadam zameldowania na jej terenie.

Dołączam dokumenty potwierdzające fakt stałego zamieszkiwania na jej terenie przez okres co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed dniem złożenia wniosku (mogą to być w szczególności: umowa najmu lub użyczenia lokalu, umowa o pracę, umowa lub opłacone rachunki za energię, gaz, wodę, telefon stacjonarny, telewizję kablową, korespondencja z instytucją wypłacającą świadczenia, deklaracja wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, itp.).

4. Proszę o wpłatę świadczenia:

na rachunek bankowy (numer rachunku – 26 cyfr):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię i nazwisko właściciela konta

przekazem pocztowym na adres: zamieszkania / korespondencji

Adres do korespondencji		
Miejscowość		Kod pocztowy
Ulica	Numer domu	Numer mieszkania

5. Na podstawie art. 6 ust.1 lit a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urzędowy Unii Europejskiej 4.5.2016L 119 PL z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Świnoujściu moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku w celu weryfikacji i przyznania świadczenia pieniężnego "Bon Wyspiarza Seniora".

Świnoujście, dnia

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Część II wniosku (wypełnia osoba rozpatrująca wniosek):

1. Weryfikacja daty urodzenia: spełnia / nie spełnia
2. Weryfikacja adresu zamieszkania: spełnia / nie spełnia
3. Prawomocne orzeczenie sądu o wyznaczeniu opiekuna prawnego albo kuratora dla osoby ubezwłasnowolnionej częściowo (gdy wniosek dotyczy osoby mającej przedstawiciela ustawowego): przedłożono / nie przedłożono
4. Do wniosku dołączono:
-
-
-

Świnoujście, dnia

.....
(podpis i pieczęć osoby rozpatrującej wniosek)

Część III wniosku: Rozstrzygnięcie o świadczeniu pieniężnym „Bon Wyspiarza Seniora”

przyznano / nie przyznano

Świnoujście, dnia

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej do rozstrzygnięcia o świadczeniu pieniężnym)