

Piotrków Tryb., dnia.....

.....  
IMIĘ I NAZWISKO

.....  
.....  
ADRES DO DORECZENÍ

.....  
NUMER TELEFONU\*\*

.....  
ADRES E-MAIL\*\*

Prezydent Miasta Piotrkowa Trybunalskiego  
Urząd Miasta Piotrkowa Trybunalskiego  
Referat Gospodarki Nieruchomościami

### 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 2019 r. poz. 1390) 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 2019 r. poz. 1373, 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 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.).

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

\* pole nieobowiązkowe, wyłącznie w celu kontaktu w sprawie niniejszego oświadczenia

\*\* niepotrzebne skreślić

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

1. ....
2. ....
3. ....

.....

data i czytelny podpis