…………………………………………………………

*(miejscowość, data)*

…………………………………………………..

*(imię i nazwisko)*

…………………………………………………..

…………………………………………………..

*( adres do doręczeń wnioskodawcy)*

…………………………………………………..

*( nr telefonu)*

**Prezydent Miasta Leszna**

**ul. Karasia 15**

**64-100 Leszno**

Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny (Dz. U. z 2019r, poz. 1950) 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, z późn. zm.) 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 i wojskowych oraz ich rodzin (Dz.U. z 2017 r. poz 2193, z późn. 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 poz.276, z późn. 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 (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 zagrażająca 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. oświadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.)

Jednocześnie oświadczam, że budynek mieszkalny jednorodzinny / lokal mieszkalny nr…… położony w Lesznie przy ul. ………………………………………………………. Służy wyłącznie zaspokajaniu moich potrzeb mieszkaniowych.

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

1………………………………………………………………………………………………………………………….

2………………………………………………………………………………………………………………………….

3………………………………………………………………………………………………………………………….

Oświadczam, że złożone kserokopie są zgodne z oryginałami

……………………….…………………..

*(Data i czytelny Podpis)*