

**Załącznik do Programu osłonowego
w zakresie zmniejszenia wydatków
mieszkańców Miasta Koszalina
z tytułu opłat za gospodarowanie
odpadami komunalnymi w 2024 roku.**

**Wniosek o pomoc finansową w ramach zmniejszenia wydatków
mieszkańców Miasta Koszalina
z tytułu opłat za gospodarowanie odpadami komunalnymi w 2024 roku**

1	Imię i Nazwisko wnioskodawcy		
2	PESEL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
3	Adres zamieszkania	Koszalin, ul.	
4	Numer telefonu		
5	Adres e-mail		
6	Dane osoby upoważnionej do reprezentowania osoby uprawnionej*	imię nazwisko	
		adres zamieszkania	
		numer telefonu	
7	Dochód netto**	źródło dochodu	Wysokość w miesiącu
		<input type="checkbox"/> renta	
		<input type="checkbox"/> emerytura	
		<input type="checkbox"/> zasiłek /dodatek pielęgniacyjny	
		<input type="checkbox"/> wynagrodzenie	
		<input type="checkbox"/> inne	
8	Tytuł prawny do lokalu	<input type="checkbox"/> posiadam tytuł prawny do lokalu lub domu	

* dotyczy osób całkowicie lub częściowo ubezwłasnowolnionych,

** dochód określony w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, zgodnie z którym za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z **miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku** lub w przypadku utraty dochodu z **miesiąca złożenia wniosku** (przy dochodzie netto nie odlicza się potrąceń komorniczych).

Wnoszę o wypłatę świadczenia na następujący numer rachunku bankowego:

Nazwa banku:																																	
Numer rachunku bankowego:																																	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					-				-					-				-				-				-							
			-				-					-				-				-				-									

1. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, iż podanie błędnego numeru rachunku bankowego spowoduje brak możliwości przekazania przyznanych świadczeń, za co Centrum Usług Społecznych w Koszalinie nie ponosi odpowiedzialności.
2. Oświadczam, że nie posiadam żadnych innych dochodów.
3. Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną* do ubiegania się o przyznanie pomocy finansowej na częściowe pokrycie opłat za gospodarowanie odpadami komunalnymi.
4. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych przez Centrum Usług Społecznych w Koszalinie w celu realizacji zadań dotyczących Programu osłonowego w zakresie zmniejszenia wydatków mieszkańców Miasta Koszalina z tytułu opłat za gospodarowanie odpadami komunalnymi w 2024 roku.

Koszalin, dnia.....

.....

(podpis)

* **osoba uprawniona** – to osoba, która zamieszkuje samotnie w lokalu lub domu, posiada tytuł prawny do lokalu lub domu, osiąga miesięczny dochód netto nie przekraczający 300% kryterium dochodowego określonego w art. 8 ust.1 pkt.1 ustawy o pomocy społecznej, nie korzysta z dodatku mieszkaniowego, ukończyła 60 lat i jest uczestnikiem Programu Koszalińska Karta Mieszkańca pn. „Kocham Koszalin”.