

**Załącznik do Programu osłonowego
w zakresie zmniejszenia wydatków
mieszkańców Miasta Koszalina
z tytułu opłat za gospodarowanie
odpadami komunalnymi w latach 2025-
2027.**

**Wniosek o pomoc finansową w ramach zmniejszenia wydatków
mieszkańców Miasta Koszalina**

z tytułu opłat za gospodarowanie odpadami komunalnymi w latach 2025/2026/2027*

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	

* podkreślić właściwe

** 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).

