DSR.4258.1……….2023

**WNIOSEK O PRZYZNANIE 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)  |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 | \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |
| **Adres stałego zamieszkania** |
| Miejscowość | Kod pocztowy |
|  |  |
| Ulica | Numer domu | Numer mieszkania |
|  |  |  |
| Numer telefonu:(dane nieobowiązkowe ale niezbędnedo wyjaśniania ewentualnych wątpliwości) |   |

1. □ Oświadczam, że w dniu złożenia wniosku stale zamieszkuję na terenie Gminy Miasto Świnoujście i **zamieszkiwałam/em tu stale przez okres, co najmniej 36 miesięcy bezpośrednio przed złożeniem wniosku** (dotyczy osób zameldowanych w Świnoujściu).
2. □ 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 36 miesięcy bezpośrednio przed dniem złożenia wniosku** *(mogą to być w szczególności: umowa najmu lub użyczenia lokalu, umowa o pracę, dokument potwierdzający rozliczenie podatku dochodowego w Urzędzie Skarbowym w Świnoujściu, korespondencja z instytucją wypłacającą świadczenia, deklaracja wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, itp.).*

1. Numer rachunku bankowego do wypłaty świadczenia (numer rachunku – 26 cyfr):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |

Imię i nazwisko właściciela konta ……………………………………………………...………

1. 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)