WNIOSEK

o przyznanie dodatku mieszkaniowego

Załącznik nr 1

do rozporządzenia Rady Ministrów
z dnia 28 grudnia 2001 r. (poz. 1817)

1. Wnioskodawca .....
(imię i nazwisko, data urodzenia)

2. Adres zamieszkania

kod pocztowy |__|__| – |__|__|__| miejscowość .....

ulica ..... nr domu ..... nr mieszkania .....

3. Nazwa i siedziba zarządcy domu

4. Tytuł prawny do zajmowanego lokalu

a) najem ☐
b) podnajem ☐
c) spółdzielcze prawo do lokalu (lokatorskie lub własnościowe) ☐
d) własność lokalu w spółdzielni mieszkaniowej ☐
e) własność domu jednorodzinnego ☐
f) własność innego lokalu mieszkalnego ☐
g) własność budynku wielorodzinnego, w którym zajmuje lokal ☐
h) inny tytuł prawny ☐
i) bez tytułu prawnego, ale oczekujący na dostarczenie przysługującego lokalu zamiennego lub socjalnego ☐

5. Powierzchnia użytkowa lokalu .....

w tym: a) łączna powierzchnia pokoi i kuchni* .....

b) powierzchnia zajmowana przez wnioskodawcę w przypadku najmu lub podnajmu części lokalu .....

6. Liczba osób niepełnosprawnych: a) poruszających się na wózku .....

b) innych, których niepełnosprawność wymaga zamieszkiwania w oddzielnym pokoju .....

7. Sposób ogrzewania lokalu: centralne ogrzewanie - a) jest b) brak **

8. Sposób ogrzewania wody: centralnie ciepła woda - a) jest b) brak **

9. Instalacja gazu przewodowego a) jest b) brak **

10. Liczba osób w gospodarstwie domowym

11. Razem dochody gospodarstwa domowego

12. Łączna kwota wydatków na mieszkanie za ostatni miesiąc: *** .....
(według okazanych dokumentów)

w tym:
- czynsz i opłaty związane z eksploatacją, ...
- koszty eksploatacji i remontów, ...
- zaliczki na koszty zarządu nieruchomością wspólną, ...
- centralne ogrzewanie, ...
- ciepła woda, ...
- zimna woda, ...
- odbiór nieczystości stałych, ...
- odbiór nieczystości płynnych, ...
- antena zbiorcza, ...
- inne .....

Potwierdza zarządca domu, pkt 2-5, 7-9, 12 .....
(podpis i pieczątka zarządcy)

.....
(podpis wnioskodawcy)

.....
(podpis przyjmującego)

* w przypadku przekroczenia powierzchni normatywnej o 30% ale nie więcej niż 50% pod warunkiem, że udział powierzchni pokoi i kuchni w powierzchni użytkowej lokalu nie przekracza 60%

** niepotrzebne skreślić,

*** miesiąc w którym składany jest wniosek

„DruX" tel. 61 819-44-64(65), fax 898-38-45 OPS Piaseczno 02

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadczam, że za wyszczególnione na odwrocie mieszkanie nie istnieją / istnieją* zaległości w opłatach**

.....

(rodzaj zaległości)

.....

(podpis osoby wypełniającej, pieczątka zarządcy, data wpisu)

---

* niepotrzebne skreślić

** **w razie występowania zaległości**, wyszczególnić za jakie okresy i na jaką kwotę

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Proszę o przekazywanie całej kwoty dodatku mieszkaniowego / wraz z ryczałtem / na konto zarządcy budynku, na poczet czynszu za zajmowany lokal.

.....

(podpis wnioskodawcy)

Numer telefonu wnioskodawcy:

stacjonarny ..... komórkowy .....

.....
imię i nazwisko składającego deklarację

.....
miejscowość, data

.....
dokładny adres

.....

Deklaracja o wysokości dochodów

za okres .....
pełnych trzech miesięcy kalendarzowych poprzedzających datę złożenia wniosku

Oświadczam, że moje gospodarstwo domowe składa się z następujących osób:

1. Imię i nazwisko ..... – WNIOSKODAWCA data urodzenia .....
2. Imię i nazwisko ..... stopień pokrewieństwa ..... data urodzenia .....
3. Imię i nazwisko ..... stopień pokrewieństwa ..... data urodzenia .....
4. Imię i nazwisko ..... stopień pokrewieństwa ..... data urodzenia .....
5. Imię i nazwisko ..... stopień pokrewieństwa ..... data urodzenia .....
6. Imię i nazwisko ..... stopień pokrewieństwa ..... data urodzenia .....
7. Imię i nazwisko ..... stopień pokrewieństwa ..... data urodzenia .....
8. Imię i nazwisko ..... stopień pokrewieństwa ..... data urodzenia .....
9. Imię i nazwisko ..... stopień pokrewieństwa ..... data urodzenia .....
10. Imię i nazwisko ..... stopień pokrewieństwa ..... data urodzenia .....
11. Imię i nazwisko ..... stopień pokrewieństwa ..... data urodzenia .....
12. Imię i nazwisko ..... stopień pokrewieństwa ..... data urodzenia .....
13. Imię i nazwisko ..... stopień pokrewieństwa ..... data urodzenia .....
14. Imię i nazwisko ..... stopień pokrewieństwa ..... data urodzenia .....

„DruX" tel./fax (0-61) 813-35-95 **OPS 017**

Oświadczam, że w podanym wyżej okresie dochody moje i wymienionych wyżej kolejno członków mojego gospodarstwa domowego wyniosły:

Lp [1]	Miejsce pracy – nauki	Źródła dochodu [2]	Wysokość dochodu w zł