

**WNIOSEK O WYDANIE ZABRZAŃSKIEJ KARTY MIESZKAŃCA  
(ZAZNACZ X)**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | PRYZNANIE ZABRZAŃSKIEJ KARTY MIESZKAŃCA |
| <input type="checkbox"/> | PRZEDŁUŻENIE TERMINU WAŻNOŚCI KARTY     |
| <input type="checkbox"/> | WYDANIE DUPLIKATU KARTY                 |
| <input type="checkbox"/> | AKTUALIZACJA DANYCH                     |

**CZĘŚĆ A - DANE WNIOSKODAWCY**

Imię: ..... Nazwisko: .....

PESEL:

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

Data urodzenia (dd-mm-rok)\*: .....

\* wypełnić tylko w przypadku obcokrajowców lub osób, którym nie nadano nr PESEL

**JEŻELI WNIOSKODAWCA NIE WNIOSKUJE O KARTĘ DLA SIEBIE, TYLKO DLA CZŁONKA/CZŁONKÓW  
RODZINY/WYCHOWANKÓW PROSZĘ PRZEJŚĆ DO CZĘŚCI B**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>Jestem:</b>           |   |
| <input type="checkbox"/> | osobą zameldowaną na pobyt stały lub czasowy w Zabrzu,                      |
| <input type="checkbox"/> | osobą rozliczającą podatek dochodowy od osób fizycznych w Zabrzu,           |
| <input type="checkbox"/> | studentem (studia odbywają się w Zabrzu),                                   |
| <input type="checkbox"/> | uczniem zabrzańskiej placówki oświatowej,                                   |
| <input type="checkbox"/> | wychowankiem przebywającym w zabrzańskiej placówce opiekuńczo-wychowawczej, |

Dane do kontaktu (podaj tylko jeden ze wskazanych):

- numer telefonu: .....

e-mail: .....

## CZĘŚĆ B - DANE CZŁONKÓW RODZINY/ WYCHOWANKÓW / PODOPIECZNYCH

| Lp. | IMIĘ I NAZWISKO | PESEL  | STOPIEŃ<br>POKREWIEŃSTWA/RODZAJ<br>POWIĄZANIA:  | OSOBA JEST:   |
|-----|-----------------|--|---|---|
|     |                 | <i>(w przypadku obcokrajowców lub osób, którym nie nadano nr PESEL proszę wpisać datę urodzenia)</i> | <i><b>M</b>-małżonek <b>D</b>-dziecko<br/><b>W</b>-wychowanek placówki opiekuńczo- wychowawczej<br/><b>WO</b>-wychowawca placówki opiekuńczo- wychowawczej<br/><b>DR</b>-dyrektor placówki opiekuńczo- wychowawczej</i> | Należy wpisać odpowiednią cyfrę, zgodnie z legendą znajdującą się pod tabelą* |
| 1   |                 |  |   |   |
| 2   |                 |  |   |   |
| 3   |                 |  |   |   |
| 4   |                 |  |   |   |
| 5   |                 |  |   |   |

**\* LEGENDA**

- 1** - osoba zameldowana na pobyt stały lub czasowy w Zabrze,
- 2** – osoba rozliczająca podatek dochodowy od osób fizycznych w Zabrze,
- 3** – wychowanek przebywający w zabrzańskej placówce opiekuńczo-wychowawczej,
- 4** – student,
- 5** – uczeń zabrzańskej placówki oświatowej.

**Numer i data ważności Karty Programu „Rodzina na 5+” (dotyczy wyłącznie posiadaczy ww. Karty)\***

*\*uzupełnienie danych dot. Karty Programu „Rodzina na 5+” pozwoli na nadanie uprawnień do korzystania z dodatkowych zniżek skierowanych do rodzin wielodzietnych. Zniżki z kart nie sumują się.*

| Lp. | IMIĘ I NAZWISKO | NUMER KARTY PROGRAMU<br>„RODZINA NA 5+” | DATA WAŻNOŚCI KARTY |
|-----|-----------------|---|---------------------|
| 1   |                 |   |                     |
| 2   |                 |   |                     |
| 3   |                 |   |                     |
| 4   |                 |   |                     |
| 5   |                 |   |                     |

**Oświadczenie Wnioskodawcy:**

Ja niżej podpisana(-y) oświadczam, że:

- a. jestem umocowana(-y) do złożenia wniosku i odebrania Zabrzeńskich Kart Mieszkańca w imieniu: pozostałych członków mojej rodziny/wychowawców i podopiecznych kierowanej przeze mnie placówki, wskazanych w niniejszym wniosku,
- b. zapoznałam(-em) się i akceptuję Regulamin korzystania z Zabrzeńskiej Karty Mieszkańca,
- c. zobowiązuję się niezwłocznie poinformować tutejszy Urząd o wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym wniosku.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu otrzymywania informacji o Programie na preferowany kanał komunikacji, w tym m.in.: o Partnerach udzielających zniżek, preferencji lub uprawnień dla posiadaczy Karty; o specjalnych akcjach promocyjnych organizowanych zarówno przez Miasto Zabrze, jak i Partnerów programu itp.\*

.....  
(data i podpis Wnioskodawcy)

\*Wyrażenie zgody jest dobrowolne.

**Oświadczam, że zapoznałam(-em) się z ww. informacjami. Jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania pozostałych członków mojej rodziny/wychowawców i podopiecznych kierowanej przeze mnie placówki ujętych w przedmiotowym wniosku w ww. kwestiach.**

.....  
(data i podpis Wnioskodawcy)

---

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU KART**

Do złożenia wniosku/odbioru Kart(-y) w moim imieniu oraz pozostałych osób ujętych we wniosku upoważniam:

Imię: ..... Nazwisko: .....

PESEL:

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

.....  
(data i podpis Wnioskodawcy)

## POTWIERDZENIE ODBIORU KART(-Y)

Potwierdzam odbiór ..... Kart(-y) o numerach:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

oraz zgodność danych na niej/nich zawartych.

.....  
(data i podpis Wnioskodawcy lub osoby  
upoważnionej)

### ADNOTACJE URZĘDOWE (wypełnia wyłącznie pracownik urzędu)

Do wniosku przedstawiono do wglądu/ otrzymano potwierdzenie:

|  |  |
|--|--|
|  | dowód osobisty Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do złożenia/odbioru Kart (lub inny dokument tożsamości)   |
|  | pierwszą stroną zeznania PIT za rok poprzedni, poświadczoną przez Urząd Skarbowy w Zabrze (pieczęćka Urzędu) lub zaświadczenie wydane przez Urząd Skarbowy o odprowadzeniu podatku w Zabrze lub w przypadku rozliczenia zeznania PIT przez Internet – UPO (Urzędowe Poświadczenie Odbioru) |
|  | aktualną legitymację   |
|  | zaświadczenie z uczelni wyższej o pobieraniu nauki w Zabrze  |
|  | potwierdzenie opłaty za wydanie duplikatu Kart/-y – w przypadku, gdy Karty/-a została zniszczona, zgubiona, skradziona lub w inny sposób utracona  |
|  | Otrzymało zaświadczenie potwierdzające przebywanie osoby w całodobowej placówce pomocy społecznej  |
|  | inne (jakie?):   |

.....  
(data i podpis pracownika przyjmującego i obsługującego wniosek)