

**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

Jestem:	
<input type="checkbox"/>	osobą zameldowaną na pobyt stały lub czasowy w Zabrze,
<input type="checkbox"/>	osobą rozliczającą podatek dochodowy od osób fizycznych w Zabrze,
<input type="checkbox"/>	studentem (studia odbywają się w Zabrze),
<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 POKREWIEŃSTWA/RODZAJ POWIĄZANIA:	OSOBA JEST:
		<i>(w przypadku obcokrajowców lub osób, którym nie nadano nr PESEL proszę wpisać datę urodzenia)</i>	<i>M-małżonek D-dziecko W-wychowanek placówki opiekuńczo- wychowawczej WO-wychowawca placówki opiekuńczo- wychowawczej DR-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 zabrzańskie placówce opiekuńczo-wychowawczej,
- 4 – student,
- 5 – uczeń zabrzańskie placówki oświatowej.

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)

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 (pieczęć 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
	Otrzymano zaświadczenie potwierdzające przebywanie osoby w całodobowej placówce pomocy społecznej
	Ewidencja Ludności/EOD – Kartoteka Osób Fizycznych
	inne (jakie?):

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