Bielawa, dnia ..........................................

................................................

(imię i nazwisko)

................................................

(adres)

................................................

................................................

 **Burmistrz Miasta**

**Pl. Wolności 1**

**58-260 Bielawa**

W związku ze zgłoszeniem zamiaru wniesienia opłaty jednorazowej na podstawie art. 7 ust. 8 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. o przekształceniu prawa użytkowania wieczystego gruntów zabudowanych na cele mieszkaniowe w prawo własności tych gruntów (Dz. U. z 2019 r., poz. 916) oraz stosownie do art. 9a ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. o przekształceniu prawa użytkowania wieczystego gruntów zabudowanych na cele mieszkaniowe w prawo własności tych gruntów (Dz. U. z 2019 r., poz. 916) wnoszę o udzielenie bonifikaty w wysokości 99% od opłaty przekształceniowej w związku z:

* z orzeczeniem niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym lub znacznym, z orzeczeniem niepełnosprawność przed ukończeniem 16 roku życia, z zamieszkiwaniem w dniu przekształcenia z tymi osobami (tj. jestem opiekunem prawnym lub przedstawicielem ustawowym tych osób),
* z posiadaniem Karty Dużej Rodziny tj. jestem członkiem rodziny wielodzietnej, o której mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2014r. o Karcie Dużej Rodziny (Dz.U. z 2017 r. poz. 1832, z późn. zm.)
* jestem inwalidą wojennym i wojskowym w rozumieniu ustawy z dnia 29 maja 1974r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz.U. z 2017 r. poz. 2193 oraz z 2019 r. poz. 39 i 752),
* jestem kombatantem oraz ofiarą represji wojennych i okresu powojennego w rozumieniu ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz.U. z 2018 r. poz. 276 oraz z 2019 r. poz. 752),
* jestem świadczeniobiorcą do ukończenia 18 roku życia, u którego stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, o których mowa w art. 47 ust. 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.), lub jestem opiekunem prawnym będącym właścicielem budynku mieszkalnego jednorodzinnego lub lokalu mieszkalnego służących wyłącznie zaspokajaniu potrzeb mieszkaniowych tych osób.\*

Załączniki:

1. ……………………………
2. ……………………………

………………………………………..

(podpis)