

WNIOSEK o przyznanie zryczałtowanego dodatku energetycznego

1. Wnioskodawca
(imię i nazwisko, data urodzenia)

2. Adres zamieszkania tel. kontakt.

3. PESEL

4. Seria i numer dowodu osobistego

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 w zw. z art. 233 § 6 Kodeksu karnego (Dz. U. z 1997 roku Nr 88 poz. 553 z późn. zm.) za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam, iż:

5. Liczba osób w gospodarstwie domowym

Moje gospodarstwo domowe składa się z następujących osób:

1. Imię i nazwisko wnioskodawca,
2. Imię i nazwisko stopień pokrewieństwa
3. Imię i nazwisko stopień pokrewieństwa
4. Imię i nazwisko stopień pokrewieństwa
5. Imię i nazwisko stopień pokrewieństwa
6. Imię i nazwisko stopień pokrewieństwa
7. Imię i nazwisko stopień pokrewieństwa
8. Imię i nazwisko stopień pokrewieństwa
9. Imię i nazwisko stopień pokrewieństwa
10. Imię i nazwisko stopień pokrewieństwa

6. Zamieszkuję / nie zamieszkuję*) w miejscu dostarczania energii elektrycznej.

7. Mam dodatek mieszkaniowy / nie mam dodatku mieszkaniowego*).

8. Do niniejszego wniosku dołączam:

- 1) kopia umowy kompleksowej lub umowy sprzedaży energii elektrycznej wraz z aneksami (o ile były sporządzone)
- 2)
- 3)

.....
(podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(podpis wnioskodawcy/pełnomocnika)

*) niepotrzebne skreślić

Oświadczenie

W związku z ubieganiem się o dodatek energetyczny oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie wszelkich danych przez administratora danych osobowych – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Koszalinie - dotyczących mojej osoby, w tym również danych dotyczących informacji opisanych w art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2014r., poz. 1182, z późn. zm.).

.....
(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

Oświadczenie

Oświadczam, iż wyrażam wolę aby należny mi dodatek energetyczny był:

- wypłacany w kasie MOPS w Koszalinie**)
- przekazywany na rachunek karty przedpłaconej**)
- przekazywany na mój rachunek bankowy o brzmieniu:

.....
.....
.....**)

(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

o numerze:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, iż podanie błędnego numeru rachunku bankowego spowoduje brak możliwości przekazania przyznanego świadczenia za co Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Koszalinie nie ponosi odpowiedzialności.

.....
(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

***) właściwe zaznaczyć znakiem X