

.....
(nr wniosku)

Wnioskodawca:
(imię i nazwisko, seria i numer dowodu osobistego, nr PESEL)

Data i miejsce urodzenia :

Adres zamieszkania :
(ulica, nr domu, nr mieszkania)

.....
(kod) (miejsowość) (tel.)

Aktualne miejsce pobytu:
(nazwa placówki lub nazwisko opiekuna , adres)

WNIOSEK

o najem mieszkania docelowego w Stargardzkim TBS Sp. z o.o. w ramach programu *Na start*

1. Zwracam się o najem mieszkania zlokalizowanego w Stargardzie Szczecińskim,
przy ul.

Liczba osób w gospodarstwie domowym	Minimalna powierzchnia użytkowa, jaką powinno posiadać mieszkanie oddawane w najem liczbie osób określonej w kolumnie 1	
1	2	
1	25 m ²	(kategoria 1P)
2	32 m ²	(kategoria 1P)
3	44 m ²	(kategoria 2Pm)
4	52 m ²	(kategoria 2Pd)
5	63 m ²	(kategoria 3Pm)
6 i więcej	69 m ²	(kategoria 3Pd)

2. Oświadczam, że:

a) w dniu objęcia lokalu, nie będę posiadać tytułu prawnego do innego lokalu mieszkalnego;

b) jestem osobą skierowaną przez partycypanta
(nazwa instytucji lub nazwisko opiekuna, adres)

.....

- c) wniosem kaucję zabezpieczającą w wysokości 12-krotności miesięcznego czynszu za dany lokal, obliczonego według stawek obowiązujących w dniu zawarcia umowy najmu.

Wpłata kaucji nastąpi przed zawarciem właściwej umowy najmu lokalu w terminie wyznaczonym przez Stargardzkie TBS Sp. z o.o. w Stargardzie Szczecińskim.

3. Dane o dochodach potwierdzone zaświadczeniami :

1) uzyskiwane dochody

W okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku łączny dochód brutto wynosił:

Lp.	miejsce pracy	źródło dochodu	wysokość dochodu w zł

2) przewidywane dochody

Lp.	źródło dochodu	wysokość dochodu w zł	czas otrzymywania

Za dochód uważa się wszelkie przychody pomniejszone o koszty ich uzyskania, składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe oraz na ubezpieczenie chorobowe.

4. Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

1. Opinię placówki opiekuńczo – wychowawczej lub ośrodka wychowawczego lub rodziny zastępczej.
w której obecnie przebywam, dotyczącą możliwości usamodzielnienia się.
2. Opinię Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie.
3. Opinię właściwego ośrodka pomocy społecznej ze względu na zamieszkanie przed skierowaniem do placówki, ośrodka, rodziny zastępczej, dotyczącą możliwości powrotu do domu rodzinnego.
4. Opinię organizacji pozarządowej prowadzącej inkubator.
5. Informację ze Stargardzkiego TBS-u Sp. z o. o. dotyczącą wnoszenia opłat mieszkaniowych w okresie przebywania w inkubatorze.

5. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach mieszkaniowych. Stargardzkie Towarzystwo Budownictwa Społecznego Spółka z o.o. w Stargardzie Szczecińskim informuje, że nie będzie przekazywać danych innym podmiotom oraz służy Panu/Pani prawo wglądu i poprawiania zgromadzonych danych.

.....
Podpis Wnioskodawcy

....., dnia

6. Opinia Komisji dot. przebiegu procesu usamodzielnienia w inkubatorze.

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

7. Decyzja Komisji:

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

Podpisy członków Komisji:

- | | |
|---------|----------|
| 1 | 7 |
| 2 | 8 |
| 3 | 9 |
| 4 | 10 |
| 5 | 11 |
| 6 | 12 |

Stargard Szczeciński, dnia