Imię i Nazwisko Wnioskodawcy

…………………………………

Adres zamieszkania

…………………………………

Telefon kontaktowy

…………………………………

**Wniosek o wynajem mieszkania wspomaganego   
w ramach Programu mieszkaniowego „Dom dla seniora” – zasób mieszkaniowy Szczecińskiego TBS**

1. Zwracam się prośbą o zawarcie ze mną podnajmu mieszkania wspomaganego dwupokojowego zlokalizowanego w budynku położonym przy   
   ul. W. Polskiego 32a/5 w Szczecinie.

Uwaga:

O mieszkanie wspomagane dwupokojowe może ubiegać się rodzina składająca się z 2-3 osób.

Osoby uprawnione do zamieszkania:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Data urodzenia | Stopień pokrewieństwa | Źródło dochodu | Wysokość miesięczna dochodu |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

1. Oświadczenie:

**Oświadczam,** że spełniam wymagania określone w ogłoszeniu o naborze najemców lokali wspomaganych w ramach Programu mieszkaniowego „Dom dla seniora” realizowanego przez Szczecińskie TBS, a w szczególności:

1. ani ja, ani zgłoszona/e\* do wspólnego zamieszkania osoba/y\*, w dniu podpisania umowy najmu nie będę/\*ą dysponowały prawem do innego lokalu mieszkalnego,
2. ani ja, ani zgłoszona/e\* do wspólnego zamieszkania osoba/y\* w okresie 36 miesięcy przed datą złożenia niniejszego wniosku nie byliśmy właścicielami lub współwłaścicielami lokalu mieszkalnego lub domu jednorodzinnego na terenie Gminy Miasto Szczecin lub gmin ościennych, nie dysponowaliśmy własnościowym prawem do lokalu spółdzielczego,
3. nie posiadam zaległości z tytułu opłat czynszowych i wszelkich innych związanych z utrzymaniem lokalu, w którym obecnie mieszkam,
4. oświadczam, że zapoznałem/am\* się i akceptuję treść projektu umowy najmu,
5. oświadczam, że zapoznałem/am\* się z zakresem przysługujących mi świadczeń   
   i udogodnień dodatkowych realizowanych w ramach Programu „Dom dla Seniora” tj. możliwością:

* korzystania z porad i wsparcia pracowników Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie udzielanych w punkcie konsultacyjnym,
* korzystania z oferty Społecznego Ośrodka Wsparcia Dziennego,
* korzystania w razie potrzeby ze wsparcia w formie usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych,
* korzystania z innych propozycji udogodnień, w tym całodobowego monitoringu w ramach zainstalowanego w mieszkaniach systemu opieki domowej,

Szczecin, dnia ……………………..… …………………….

Podpis wnioskodawcy

Informacja oraz zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Oświadczam że zapoznałem/am\* się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

Szczecin, dnia ……………………..… …………………….

Podpis wnioskodawcy

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o wynajem mieszkania wspomaganego w ramach II edycji Programu mieszkaniowego „Dom dla Seniora”, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a) oraz art. 9 ust 2 lit a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) - Dz.U.UE.L.2016.119.1.

Szczecin, dnia ……………………..… …………………….

Podpis wnioskodawcy

Załączniki:

* zaświadczenie lekarskie o niewymaganiu całodobowej opieki,
* deklaracja o wysokości dochodów gospodarstwa domowego za okres ostatnich trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku wraz z dokumentem/ami potwierdzającymi jego wysokość(np. odcinek renty, emerytury, zaświadczenie od pracodawcy, itp.)
* zaświadczenie z urzędu skarbowego o dochodach uzyskanych w 2019 r.
* informacja o mieszkaniu – miejscu aktualnego zamieszkania,
* dokumenty potwierdzające minimum 3 letni okres zamieszkiwania na terenie Gminy Miasto Szczecin (np. umowa najmu dotychczas zajmowanego lokalu, zaświadczenie o długości zamieszkiwania wystawione przez właściciela, zarządcę nieruchomości, spółdzielnię mieszkaniową lub inny podmiot),
* inne dokumenty związane z miejscem zamieszkania potwierdzające potrzebę wynajmu mieszkania wspomaganego według uznania osoby składającej wniosek.
* orzeczenie o niepełnosprawności (jeśli dotyczy)

\*niepotrzebne skreślić