



WNIOSEK O KARTY „RODZINA TRZY PLUS”

Wniosek należy wypełnić DUŻYMI LITERAMI.

DANE WNIOSKODAWCY

NAZWISKO

PIERWSZE IMIĘ

DRUGIE IMIĘ

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

ULICA

NR DOMU

NR LOKALU

MIEJSCOWOŚĆ

KOD POCZTOWY

DANE KONTAKTOWE (WYMAGANE)

ADRES E-MAIL

NUMER TELEFONU

Niniejszym (ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWY KWADRAT)

wnoszę o przyznanie Karty „Rodzina Trzy Plus”

wnoszę o wydanie duplikatu Karty „Rodzina Trzy Plus”

wnoszę o ponowne przyznanie Karty „Rodzina Trzy Plus”

wnoszę o przyznanie Karty „Rodzina Trzy Plus” dla nowego członka rodziny

dla poniżej wskazanych członków mojej rodziny.

CZŁONKOWIE DUŻEJ RODZINY

DANE RODZICA/OPIEKUNA

NAZWISKO

PIERWSZE IMIĘ

DRUGIE IMIĘ

PESEL

DATA URODZENIA

DANE RODZICA/OPIEKUNA

NAZWISKO

PIERWSZE IMIĘ

DRUGIE IMIĘ

PESEL

DATA URODZENIA

DANE DZIECKA

NAZWISKO

PIERWSZE IMIĘ

DRUGIE IMIĘ

PESEL

DATA URODZENIA

NALEŻY DOŁĄCZYĆ WYMAGANE OŚWIADCZENIE, POTWIERDZAJĄCE PONIŻSZĄ DATĘ
PLANOWANY TERMIN UKOŃCZENIA NAUKI W SZKOLE/SZKOLE WYŻSZEJ (1)

DD-MM-RR

DATA WAŻNOŚCI ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (2)

DD-MM-RR

DANE DZIECKA

NAZWISKO

PIERWSZE IMIĘ

DRUGIE IMIĘ

PESEL

DATA URODZENIA

NALEŻY DOŁĄCZYĆ WYMAGANE OŚWIADCZENIE, POTWIERDZAJĄCE PONIŻSZĄ DATĘ
PLANOWANY TERMIN UKOŃCZENIA NAUKI W SZKOLE/SZKOLE WYŻSZEJ (1)

DD-MM-RR

DATA WAŻNOŚCI ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (2)

DD-MM-RR

DANE DZIECKA

NAZWISKO

PIERWSZE IMIĘ

DRUGIE IMIĘ

PESEL

DATA URODZENIA

NALEŻY DOŁĄCZYĆ WYMAGANE OŚWIADCZENIE, POTWIERDZAJĄCE PONIŻSZĄ DATĘ
PLANOWANY TERMIN UKOŃCZENIA NAUKI W SZKOLE/SZKOLE WYŻSZEJ (1)

DD-MM-RR

DATA WAŻNOŚCI ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (2)

DD-MM-RR

1) WYPEŁNIĆ WYŁĄCZNIE W PRZYPADKU DZIECI POWYŻEJ 18 ROKU ŻYCIA, ZGODNIE Z OŚWIADCZENIEM O KONTYNUOWANIU NAUKI W SZKOLE/SZKOLE WYŻSZEJ – WPISAĆ PLANOWANY TERMIN UKOŃCZENIA NAUKI W DANEJ PLACÓWCE

2) WYPEŁNIĆ ZGODNIE Z ORZECZENIEM O UMIARKOWANYM LUB ZNA CZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

DANE DZIECKA

| | |
|---------------|-------------|
| PIERWSZE IMIĘ | DRUGIE IMIĘ |
|---------------|-------------|

NALEŻY DOŁĄCZYĆ WYMAGANE OŚWIADCZENIE, POTWIERDZAJĄCE PONIŻSZĄ DATĘ
PLANOWANY TERMIN UKOŃCZENIA NAUKI W SZKOLE/SZKOLE WYŻSZEJ (1)

DATA WAŻNOŚCI ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (2)

DANE DZIECKA

| | |
|---------------|-------------|
| PIERWSZE IMIĘ | DRUGIE IMIĘ |
|---------------|-------------|

NALEŻY DOŁĄCZYĆ WYMAGANE OŚWIADCZENIE, POTWIERDZAJĄCE PONIŻSZĄ DATĘ
PLANOWANY TERMIN UKOŃCZENIA NAUKI W SZKOLE/SZKOLE WYŻSZEJ (1)

DATA WAŻNOŚCI ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (2)

DANE DZIECKA

| | |
|---------------|-------------|
| PIERWSZE IMIĘ | DRUGIE IMIĘ |
|---------------|-------------|

NALEŻY DOŁĄCZYĆ WYMAGANE OŚWIADCZENIE, POTWIERDZAJĄCE PONIŻSZĄ DATĘ
PLANOWANY TERMIN UKOŃCZENIA NAUKI W SZKOLE/SZKOLE WYŻSZEJ (1)

DATA WAŻNOŚCI ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (2)

DANE DZIECKA

| | |
|---------------|-------------|
| PIERWSZE IMIĘ | DRUGIE IMIĘ |
|---------------|-------------|

NALEŻY DOŁĄCZYĆ WYMAGANE OŚWIADCZENIE, POTWIERDZAJĄCE PONIŻSZĄ DATĘ
PLANOWANY TERMIN UKOŃCZENIA NAUKI W SZKOLE/SZKOLE WYŻSZEJ (1)

DATA WAŻNOŚCI ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (2)

DANE DZIECKA

| | |
|---------------|-------------|
| PIERWSZE IMIĘ | DRUGIE IMIĘ |
|---------------|-------------|

NALEŻY DOŁĄCZYĆ WYMAGANE OŚWIADCZENIE, POTWIERDZAJĄCE PONIŻSZĄ DATĘ
PLANOWANY TERMIN UKOŃCZENIA NAUKI W SZKOLE/SZKOLE WYŻSZEJ (1)

DATA WAŻNOŚCI ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (2)

1) WYPEŁNIĆ WYŁĄCZNIE W PRZYPADKU DZIECI POWYŻEJ 18 ROKU ŻYCIA, ZGODNIE Z OŚWIADCZENIEM O KONTYNUOWANIU NAUKI W SZKOLE/SZKOLE WYŻSZEJ –
WPISAĆ PLANOWANY TERMINIE UKOŃCZENIA NAUKI W DANEJ PLACÓWCE

2) WYPEŁNIĆ ZGODNIE Z ORZECZENIEM O UMIARKOWANYM LUB ZNA CZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz jestem świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń.

Oświadczam, że wszyscy wymienieni członkowie rodziny zamieszkują pod podanym w niniejszym wniosku adresem.

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Prezydenta Miasta Lublin o wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym wniosku.

DATA, CZYTELNY PODPIS

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, danych osobowych zawartych we wniosku, w tym dotyczących małoletnich dzieci, przez administratora danych celem przyznania oraz wydania Kart „Rodzina Trzy Plus”.

Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawach jakie mi przysługują w związku z przetwarzaniem danych osobowych.

DATA, CZYTELNY PODPIS

POTWIERDZENIE ODBIORU KART „RODZINA TRZY PLUS”

(WYPEŁNIĆ WYŁĄCZNIE PRZY ODBIORZE KART)

Kwituję odbiór Kart „Rodzina Trzy Plus” o numerach:

| | | | |
|-------------|-------------|-------------|-------------|
| NUMER KARTY | NUMER KARTY | NUMER KARTY | NUMER KARTY |
| NUMER KARTY | NUMER KARTY | NUMER KARTY | NUMER KARTY |
| NUMER KARTY | NUMER KARTY | NUMER KARTY | NUMER KARTY |

Dane na Kartach są zgodne z podanymi we wniosku. Stwierdzam, że karty nie posiadają błędów drukarskich.

Potwierdzam, że zostałem(-am) poinformowany(-a) o przysługujących mi uprawnieniach przez wskazanie strony internetowej urzędu obsługującego „Program Rodzina Trzy Plus”, na której jest zamieszczony wykaz uprawnień przysługujących w ramach niniejszego Programu.

Zostałem(-am) poinformowany(-a) o treści § 7 Regulaminu przyznawania, wydawania i korzystania z Karty „Rodzina Trzy Plus” tj. w przypadku wystąpienia zmian mających wpływ na prawo do posiadania Karty, zmian danych zawartych w Karcie lub zmiany miejsca zamieszkania członek rodziny wielodzietnej jest zobowiązany do niezwłocznego powiadomienia o tym fakcie Prezydenta Miasta Lublin.

Jednocześnie oświadczam, iż zapoznałem(-am) się z Regulaminem przyznawania, wydawania i korzystania z Karty „Rodzina Trzy Plus”.

MIEJSCOWOŚĆ

DATA

CZYTELNY PODPIS