



## WNIOSEK O KARTY „RODZINA TRZY PLUS”

LUBLIN, DN. ....

### WNIOSKUJĘ:

(ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWY KWADRAT)

☐

O PRYZNANIE KARTY „RODZINA TRZY PLUS”

☐

O WYDANIE DUPLIKATU KARTY „RODZINA TRZY PLUS”

☐

O PONOWNE PRYZNANIE KARTY „RODZINA TRZY PLUS”

☐

O PRYZNANIE KARTY „RODZINA TRZY PLUS” DLA NOWEGO CZŁONKA RODZINY

### 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

Poniżej wnioskuję o Karty „Rodzina Trzy Plus” dla następujących członków mojej rodziny, zamieszkałych na terenie Miasta Lublin:

DANE RODZICA/MALŻONKA RODZICA/OPIEKUNA

NAZWISKO	
PIERWSZE IMIĘ	DRUGIE IMIĘ
PESEL	DATA URODZENIA

DANE RODZICA/MALŻONKA 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

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

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

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń oraz zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Lublin o wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym wniosku.

---

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.

---

CZYTELNY PODPIS

Do odbioru Kart „Rodzina Trzy Plus” upoważniam:

NAZWISKO

PIERWSZE IMIĘ

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 PŁACÓWCE

2) WYPEŁNIĆ ZGODNIE Z ORZECZENIEM O UMIARKOWANYM LUB ZNACZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

## 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 została/em poinformowana/y 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.

Zostałam/em poinformowana/y o treści § 7 Regulamin 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 członków rodziny wielodzietnej jest zobowiązany do niezwłocznego powiadomienia o tym fakcie Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Lublin.

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

\_\_\_\_\_  
MIEJSCOWOŚĆ

\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
CZYTELNY PODPIS