

( WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA )

Stargard, dnia ..... roku.

.....  
Nazwisko i imię

.....  
Adres

.....  
Miejscowość

.....  
Numer telefonu

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej  
w Stargardzie**

**Dział Dodatków Mieszkaniowych  
w/m**

Zgodnie z art. 10 §1 Kodeksu postępowania zapoznałam/em się z wszystkimi dokumentami w sprawie złożonego wniosku

nr ..... z dnia .....

Nie zgłaszam zastrzeżeń/zgłaszam zastrzeżenia\* co do zebranych dowodów i materiałów, jak również nie zgłaszam żadnych żądań /zgłaszam następujące żądania\* w sprawie ww. wniosku:

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

.....  
Czytelny podpis osoby oświadczającej

\* Niepotrzebne skreślić

( WYPEŁNIA PRACOWNIK )

Stargard, dnia ..... roku.

Zgodnie z art. 72 Kodeksu postępowania administracyjnego potwierdzam fakt weryfikacji wysokości dochodów osób będących z wnioskodawcą we wspólnym gospodarstwie domowym ujętych we wniosku

nr ..... z dnia .....

.....  
Podpis pracownika

Imię i nazwisko: .....

Adres: .....

### O ś w i a d c z e n i e

#### **„Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”**

Oświadczam, że:

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

Stargard, dnia ..... 20.... roku.

.....  
Podpis osoby składającej oświadczenie