…………………………………, …………….

Miejscowość data

…………………………………………………..

…………………………………………………..

…………………………………………………..

…………………………………………………..

…………………………………………………..

imię i nazwisko, adres do doręczeń, nr telefonu,

PESEL wnioskodawcy

**Zarząd Województwa Wielkopolskiego**

z siedzibą Urzędu Marszałkowskiego

Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu

al. Niepodległości 34

61-714 Poznań

Departament Gospodarki Mieniem

**WNIOSEK**

**o udzielenie bonifikaty w wysokości 99% od jednorazowej opłaty   
z tytułu przekształcenia prawa użytkowania wieczystego gruntów zabudowanych**

**na cele mieszkaniowe w prawo własności tych gruntów**

Na podstawie art. 9a ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. o przekształceniu prawa użytkowania wieczystego gruntów zabudowanych na cele mieszkaniowe w prawo własności tych gruntów (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 6), **występuję o udzielenie bonifikaty w wysokości 99% od jednorazowej opłaty z tytułu przekształcenia prawa użytkowania wieczystego w prawo własności** w odniesieniu do nieruchomości położonej w …………………………, przy ulicy ……………………………………………., oznaczonej w ewidencji gruntów jako działka nr ………………………   
z obrębu………………………..., dla której urządzona została księga wieczysta nr …………………………… oraz **wnoszę o udzielenie w informacji o wysokości tej opłaty**.

*poniższą część wypełniają właściciele lokali, których udział w nieruchomości wspólnej obejmował prawo użytkowania wieczystego*

Przysługujący mi udział w prawie użytkowania wieczystego podlegającego przekształceniu na zasadach ww. ustawy związany był z odrębną własnością lokalu nr ..………. , dla którego urządzona została księga wieczysta nr …………………………. .

Jednocześnie oświadczam, że (zaznaczyć właściwe):

* jestem osobą posiadającą orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym lub znacznym,
* jestem osobą w stosunku do której orzeczono niepełnosprawność przed ukończeniem 16 roku życia,
* jestem opiekunem prawnym/przedstawicielem ustawowym\* osoby posiadającej orzeczenie   
  o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym lub znacznym, zamieszkującym z tą osobą   
  w dniu przekształcenia
* jestem opiekunem prawnym/przedstawicielem ustawowym\* osoby w stosunku do której orzeczono niepełnosprawność przed ukończeniem 16 roku życia, zamieszkującym z tą osobą w dniu przekształcenia
* jestem członkiem rodziny wielodzietnej, o której mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny i posiadam Kartę Dużej Rodziny nr …………………………..., ważną do dnia…………………….;
* jestem inwalidą wojennym/wojskowym\* w rozumieniu ustawy z dnia 29 maja 1974 r.   
  o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
* jestem kombatantem/ofiarą represji wojennych i okresu powojennego\* w rozumieniu ustawy   
  z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego,
* jestem świadczeniobiorcą do ukończenia 18 roku życia, u którego stwierdzono ciężkie   
  i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały   
  w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, o których mowa w art. 47 ust. 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
* jestem opiekunem prawnym świadczeniobiorcy do ukończenia 18 roku życia, u którego stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, o których mowa w art. 47 ust. 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych   
  ze środków publicznych.

**\*NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ**

**UWAGA! Dokumentem potwierdzającym stopień niepełnosprawności jest orzeczenie Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności. Orzeczenia o grupie inwalidzkiej wydawane m.in. przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie są dokumentem wystarczającym do ubiegania się o bonifikatę 99% z tytułu stopnia niepełnosprawności.**

W załączeniu przedkładam kserokopie dokumentów potwierdzających powyższe, tj. (np. Karta Dużej Rodziny, orzeczenie o niepełnosprawności):

1. …………………………………………………………………………………………………………………………..

2…………………………......................................................................................................

3…………………………………………………………………………………………………………………………….

Oświadczam, że złożone kserokopie są zgodne z oryginałami.

……………………………….

podpis wnioskodawcy/-ów