

Město Polička, odbor sociálních věcí a zdravotnictví

Palackého nám. 160, Polička

Žádost o přidělení sociálního bytu – Polička, Hegerova 374

I.

Žadatel/ka:	
Jméno, příjmení	
Datum narození	
Trvalý pobyt	
Faktický pobyt	
Telefonický kontakt	
Zaměstnání	

Další zletilé osoby, které budou společně s žadatelem užívat společnou domácnost:	
Jméno, příjmení	
Vztah k žadateli (např. manžel, druh, sourozenec apod.):	
Datum narození:	
Trvalý pobyt	
Faktický pobyt	
Telefonický kontakt	
Zaměstnání	

Děti, které sdílí společnou domácnost s žadatelem:	
Jméno, příjmení	
Datum narození	
Trvalý pobyt	
Faktický pobyt	

Jméno, příjmení	
Datum narození	
Trvalý pobyt	
Faktický pobyt	
Jméno, příjmení	
Datum narození	
Trvalý pobyt	
Faktický pobyt	
Jméno, příjmení	
Datum narození	
Trvalý pobyt	
Faktický pobyt	

Aktuální bytové podmínky žadatele/ky a osob, které budou společně užívat byt (popište):

Žadatel/ka nebo osoba ve společné domácnosti má uzavřenou jinou nájemní smlouvu:	ANO	NE
--	-----	----

II.

Finanční situace (žadatel a všechny osoby):		
Příjmy ze zaměstnání:	ANO	NE
Důchody:	ANO	NE
Dávky SSP:	ANO	NE
Dávky HN:	ANO	NE
Dávky pro zdravotně postižené:	ANO	NE
Výživné pobírané na nezl. děti:	ANO	NE
Jiné příjmy:		
Jiné sdělení žadatele/ky:		

III.

Zdůvodnění žádosti:

IV.

Souhlas s provedením sociálního šetření:	ANO	NE
--	-----	----

V.

Vlastnictví nemovitého majetku k bydlení:	
Žadatel	
Ostatní osoby:	

VI.**Prohlášení žadatele včetně osob, které budou užívat společnou domácnost:**

Žadatel/ka podpisem této žádosti uděluje souhlas se zpracováním osobních údajů pro účely zpracování této žádosti a postupu při případném přidělení bytu do nájmu. Žadatel/ka prohlašuje, že se seznámil/a s Informacemi o zpracování osobních údajů, jak je město Polička zveřejňuje na svých internetových stránkách www.policicka.org (GDPR).

Žadatel/ka prohlašuje, že veškeré údaje uvedené v této žádosti jsou pravdivé a úplné.

Žadatel/ka bere na vědomí, že v případě, že bude vytipován/a jako vhodný uchazeč pro sociální byt, bude vyzván/a k doložení aktuálních příjmů a sdělení dalších údajů a tyto je povinen/povinna doložit, nebo bude jeho/její žádost vyřazena.

Datum vyplnění žádosti:	
-------------------------	--

Podpis žadatele/ky:	
---------------------	--

Vyplněnou žádost doručte na adresu:

Město Polička
Odbor sociálních věcí a zdravotnictví
Palackého nám. 160, pracoviště Nádražní 304
572 01 Polička