**Místní poplatek za obecní systém odpadového hospodářství**

**UPLATNĚNÍ ÚLEVY, OSVOBOZENÍ**

**na místním poplatku za obecní systém odpadového hospodářství**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POPLATNÍK**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Jméno a příjmení: | |  | | | | Rodné číslo: | |  | | | | Adresa trvalého pobytu: | |  | | | | Telefon\*: | | | E-mail\*: | | |  | *\* Telefonní číslo a e-mailová adresa jsou nepovinné údaje, slouží k rychlejší komunikaci s poplatníkem. Jejich uvedením dává poplatník souhlas s jejich zpracováním.* | | |   Za období od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ uplatňuji:  **OSVOBOZENÍ**  □ protože jsem poplatníkem poplatku za odkládání komunální odpadu z nemovité věci v obci \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a v této obci mám bydliště.  **OSVOBOZENÍ z důvodu mého umístění:**  □ v domově pro osoby se zdravotním postižením  □ v domově pro seniory  □ v domově se zvláštním režimem  □ v chráněném bydlení  *Název a adresa zařízení* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ÚLEVU, protože jsem nejméně po dobu 3 celých kalendářních měsíců pobýval/a:**  □ ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče  □ v zařízeních a ústavech sociální péče  □ ve výkonu trestu odnětí svobody  *Název a adresa zařízení:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v tomto ohlášení jsou pravdivé a úplné. Jsem si vědom/a, že veškeré změny mající vliv na zánik úlevy a osvobození jsem povinen/povinna ohlásit správci místního poplatku ve lhůtě stanovené obecně závaznou vyhláškou.

Datum: Podpis poplatníka:

**POTVRZENÍ ZAŘÍZENÍ**

|  |
| --- |
| Potvrzujeme, že pan/paní \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  *jméno, příjmení*  datum narození: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ je ode dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ byla v období od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  umístěna:  □ v domově pro osoby se zdravotním postižením  □ v domově pro seniory  □ v domově se zvláštním režimem  □ v chráněné bydlení  □ ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče  □ v zařízeních a ústavech sociální péče  □ ve výkonu trestu odnětí svobody  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *uveďte název a adresu zařízení*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  datum podpis, razítko zařízení |