**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 |