

.....  
(pieczęć podmiotu).....  
(miejscowość i data)

**BURMISTRZ MIASTA ŚWIDWIN**  
**INFORMACJA MIESIĘCZNA O LICZBIE DZIECI OBJĘTYCH OPIEKĄ**

1.	Proszę o przekazanie transzy dotacji za miesiąc.....roku .....	
2.	Na dzień 01/...../20... r. w żłobku */ klubie dziecięcym */ u dziennego opiekuna * zapisanych jest ogółem.....dzieci.	
3.	Liczba dzieci objętych opieką:	
1)	zamieszkałe na terenie Miasta Świdwin, którego przynajmniej jeden z rodziców/ prawnych opiekunów rozlicza podatek dochodowy w Urzędzie Skarbowym w Białogardzie.	
2)	zamieszkałe na terenie Miasta Świdwin, którego rodzice/prawni opiekunowie nie rozliczają podatku dochodowego w Urzędzie Skarbowym w Białogardzie.	
3)	zamieszkałe na terenie innej gminy niż gmina miejska Świdwin	
4.	Dane podmiotu prowadzącego żłobek*/ klub dziecięcy*/ zatrudnionego dziennego opiekuna*/ dziennego opiekuna prowadzącego działalność na własny rachunek*	
5.	Telefon i e-mail do osoby wyznaczonej przez podmiot prowadzący żłobek*/klub dziecięcy lub zatrudniającej dziennego opiekuna*/ dziennego opiekuna prowadzącego działalność na własny rachunek*	
6.	Oświadczam, że wszystkie podane w niniejszej informacji dane są zgodne ze stanem faktycznym.	
	Podpis osoby prowadzącej żłobek*/klub dziecięcy*/zatrudniającej dziennego opiekuna*/dziennego opiekuna prowadzącego działalność na własny rachunek	

\*Niepotrzebne skreślić