

**WNIOSEK
O PRYZNANIE POMOCY W FORMIE DOŻYWIANIA W SZKOLE**

.....
(imię i nazwisko) (nr telefonu kontaktowego)

.....
(PESEL) (seria i nr dowodu osobistego)

.....
(adres zamieszkania) (kod pocztowy) (miejsowość)

Wnoszę o przyznanie pomocy w formie opłacenia posiłku w szkole zgodnie z wieloletnim programem „Pomoc Państwa w zakresie dożywiania” na następujące dzieci:

1. Klasa:
2. Klasa:
3. Klasa:
4. Klasa:
5. Klasa:

Zgodnie z art. 7 ustawy o pomocy Społecznej „Pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu:” * (zaznacz odpowiednie)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ubóstwa | <input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych | <input type="checkbox"/> alkoholizmu lub narkomanii |
| <input type="checkbox"/> sieroctwa | <input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego | <input type="checkbox"/> trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 przesłanki obligatoryjnego udzielenia zezwolenia na pobyt czasowy w celu połączenia się z rodziną ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach |
| <input type="checkbox"/> bezdomności | <input type="checkbox"/> kłębki żywiołowej lub ekologicznej | |
| <input type="checkbox"/> bezrobocia | <input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej | |
| <input type="checkbox"/> niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> alkoholizmu lub narkomanii | |
| <input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby | <input type="checkbox"/> przemocy w rodzinie | |
| <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi | | |
| <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności | | |

Aktualnie utrzymujemy/utrzymuje się z (zaznacz odpowiednie):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> zarobki | <input type="checkbox"/> dochód z działalności gospodarczej | <input type="checkbox"/> alimenty |
| <input type="checkbox"/> stypendium | <input type="checkbox"/> zasiłek rodzinny + dodatki | <input type="checkbox"/> gospodarstwo rolne o powierzchni: ha przeliczeniowych |
| <input type="checkbox"/> prace dorywcze | <input type="checkbox"/> zasiłek dla bezrobotnych zasiłek stały | <input type="checkbox"/> zasiłek pielęgnacyjny |
| <input type="checkbox"/> dodatek mieszkaniowy / energetyczny | <input type="checkbox"/> fundusz alimentacyjny | <input type="checkbox"/> inne |
| <input type="checkbox"/> renta / emerytura | | |

W skład naszej rodziny prowadzącej wspólne gospodarstwo domowe wchodzi:

Lp.	Nazwisko, imię	Data urodzenia	Miejsce pracy (nauki)	Osiągany dochód netto (zł)
	Nr dowodu osób.	Nr PESEL		
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

Dodatkowo otrzymuję pomoc ze strony:

Rodziców / teściów / dorosłych dzieci* NIE TAK, w wysokości

Osoby zobowiązane do alimentacji rodzice / teściowie, dzieci

Imię, Nazwisko, adres:

Zobowiązania alimentacyjne ponoszone przez rodzinę:

.....

Oświadczam, że w chwili obecnej posiadam:

Dom własnościowy (powierzchnia m2)

Samochód (marka, rok)

Sprzęty zakupione przez okres ostatnich 12 m-cy

Remonty prowadzone w okresie ostatnich 12 m-cy

Komputery....., Telefony

Działkę budowlaną

Jednorazowy dochód przekraczający pięciokrotnie kwotę kryterium dochodowego

Inne

OŚWIADCZENIA

- * **Wyrażam zgodę** na złożenie w moim imieniu wniosku do PUP o wydanie zaświadczenia o sytuacji zawodowej i dochodowej.
- * **Oświadczam**, że zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 r. poz. 922) oraz w celu realizacji ustawowych zadań Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej i Wsparcia Rodziny **Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych w tym dotyczących stanu zdrowia polegających na udostępnianiu, usuwaniu i pozyskiwaniu między innymi w sądach, prokuraturze, policji, ośrodkach interwencji i innych organizacjach o podobnym zakresie działania. Osoby, której dane dotyczą, ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania Osoby, której dane dotyczą, ma prawo do kontroli przetwarzania danych zawartych w zbiorach danych zgodnie z w/w ustawą.
- * **Oświadczam**, że wszystkie przedstawione przeze mnie dane dotyczące sytuacji osobistej, rodzinnej i majątkowej są zgodne z prawdą.
- * **Oświadczam**, że zostałam/em poinformowana/y, iż udzielona mi pomoc jest przyznawana warunkowo, dalsze zaś jej świadczenie uzależnione jest od podjęcia działań w celu poprawy własnej sytuacji materialnej i rodzinnej. Zobowiązuje się do podjęcia ww. starań.
- * **Zgodnie z art. 109** ustawy z dnia 12 marca 2014 r. o pomocy społecznej osoby i rodziny korzystające ze świadczeń pieniężnych pomocy społecznej zobowiązane są do poinformowania organ, który przyznał świadczenie o każdej zmianie w ich sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, która wiąże się z podstawą do przyznania świadczeń.

....., dnia.....

(miejscowość)

(data)

/czytelny podpis wnioskodawcy/