

WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY Z MIEJSKIEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W KĘDZIERZYNIE-KOŹLU

.....
imię i nazwisko osoby, której wniosek dotyczy

zam. ul. 47-2

tel.

1. Proszę o udzielenie pomocy:

z powodu

2. Aktualnie mój dochód / dochód mojej rodziny stanowią (zaznaczyć odpowiednie pola):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> wynagrodzenie za pracę | <input type="checkbox"/> renty, emerytury | <input type="checkbox"/> zasiłki dla bezrobotnych |
| <input type="checkbox"/> świadczenia rodzinne | <input type="checkbox"/> świadczenia alimentacyjne | <input type="checkbox"/> świadczenia opiekuńcze |
| <input type="checkbox"/> dodatek mieszkaniowy | <input type="checkbox"/> dodatek energetyczny | <input type="checkbox"/> dochód z działalności gospodarczej |
| <input type="checkbox"/> alimenty sądowe / dobrowolne w kwocie zł | | |
| <input type="checkbox"/> inne dochody (jakie) w kwocie zł | | |
| <input type="checkbox"/> dochód z pracy dorywczej w łącznej wysokości zł osiągnięty w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku o pomoc <i>(wymagane oświadczenie pod odpowiedzialnością karną od każdej osoby uzyskującej dochód z pracy dorywczej).</i> | | |

3. Otrzymujemy pomoc ze strony (zaznaczyć odpowiednie pola):

- | | | | |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| - rodziców | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> tak | jeżeli tak, podać miesięczną wysokość zł |
| - teściów | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> tak | jeżeli tak, podać miesięczną wysokość zł |
| - dorosłych dzieci | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> tak | jeżeli tak, podać miesięczną wysokość zł |
| - innych osób | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> tak | jeżeli tak, podać miesięczną wysokość zł |

4. Otrzymujemy / nie otrzymujemy na rzecz dzieci stypendium szkolne (niepotrzebne skreślić).

Strona ma prawo udziału w każdym stadium postępowania, a przed wydaniem decyzji może wypowiedzieć się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań. Złożone wyjaśnienia i wnioski zostaną rozpatrzone i w miarę ich zasadności uwzględnione przy rozstrzygnięciu sprawy decyzją administracyjną (art. 10 § 1 KPA).

Wnioskodawca oświadcza, że znana jest mu treść art. 233 § 1 kodeksu karnego o odpowiedzialności karnej za podawanie pracownikowi socjalnemu przeprowadzającemu wywiad środowiskowy nieprawdziwych danych lub zatajenia prawdy.

.....
podpis klienta

.....
podpis i pieczętka przyjmującego
wniosek pracownika socjalnego

.....
data wpływu

WYPEŁNIĆ TYLKO W SYTUACJI WNIOSKOWANIA O DOŻYWIANIE DZIECI

Ja, proszę o objęcie dożywianiem mojego dziecka/dzieci:
imię i nazwisko klienta

ŻŁOBKI

1. uczęszczającej(go) do Żłobka Nr
nazwisko i imię dziecka

2. uczęszczającej(go) do Żłobka Nr
nazwisko i imię dziecka

PRZEDSZKOŁA

1. uczęszczającej(go) do Przedszkola Nr
nazwisko i imię dziecka

2. uczęszczającej(go) do Przedszkola Nr
nazwisko i imię dziecka

3. uczęszczającej(go) do Przedszkola Nr
nazwisko i imię dziecka

Proszę o opłacenie (*zaznaczyć odpowiednie pola*): 2 posiłków 3 posiłków.

Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadomy/a, iż minimum programowe realizowane przez przedszkole wynosi 5 godzin dziennie. Za możliwość odpłatnego korzystania dziecka/dzieci z zajęć w czasie przekraczającym realizację 5 godzinnego minimum programowego zobowiązuję się ponosić koszty zgodnie z zawartą umową o świadczenie usług w zakresie wychowania przedszkolnego.

SZKOŁY PODSTAWOWE I GIMNAZJALNE

1. uczęszczającej(go) do Nr
nazwisko i imię dziecka

2. uczęszczającej(go) do Nr
nazwisko i imię dziecka

3. uczęszczającej(go) do Nr
nazwisko i imię dziecka

4. uczęszczającej(go) do Nr
nazwisko i imię dziecka

5. uczęszczającej(go) do Nr
nazwisko i imię dziecka

6. uczęszczającej(go) do Nr
nazwisko i imię dziecka

7. uczęszczającej(go) do Nr
nazwisko i imię dziecka

8. uczęszczającej(go) do Nr
nazwisko i imię dziecka

PLACÓWKI

1.
nazwisko i imię dziecka

przebywającej(go) w
pełna nazwa placówki i miejscowość

2.
nazwisko i imię dziecka

przebywającej(go) w
pełna nazwa placówki i miejscowo

Kędzierzyn-Koźle, dnia 20..... r.

.....
podpis klienta