

**Do Dyrektora  
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej  
w Kędzierzynie-Koźlu**

**WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY**

.....  
*imię i nazwisko osoby składającej wniosek*

zam. ul. .... 47-2..... Kędzierzyn-Koźle

tel. ....

adres do e-doręczeń: ☐ tak ☐ nie

**1. Proszę o udzielenie pomocy w formie\*:** .....

z powodu .....

*\* w przypadku złożenia wniosku w sprawie dożywiania dzieci i/lub posiłku w jadłodajni proszę wypełnić załącznik do wniosku*

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

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

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

- rodziców / teściów      ☐ nie      ☐ tak      jeżeli tak, podać miesięczną wysokość ..... zł  
- dorosłych dzieci      ☐ nie      ☐ tak      jeżeli tak, podać miesięczną wysokość ..... zł  
- innych osób      ☐ nie      ☐ tak      jeżeli tak, podać miesięczną wysokość ..... zł

**Pouczenie:**

Zgodnie z treścią ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej:

Art. 4 – Osoby i rodziny korzystające z pomocy społecznej są obowiązane do współdziałania w rozwiązywaniu trudnej sytuacji życiowej.

Art. 11 ust. 2 – Podstawę do ograniczenia wysokości lub rozmiaru świadczenia, odmowy przyznania świadczenia, uchylecia decyzji o przyznaniu świadczenia lub wstrzymania świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej mogą stanowić:

- 1) brak współdziałania osoby lub rodziny z pracownikiem socjalnym lub asystentem rodziny, o którym mowa w przepisach o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, w rozwiązywaniu trudnej sytuacji życiowej;
- 2) odmowa zawarcia kontraktu socjalnego lub niedotrzymywanie jego postanowień;
- 3) z własnej winy niepodjęcie lub przerwanie realizacji formy pomocy, lub odmowa bez uzasadnionej przyczyny propozycji prac społecznie użytecznych, w przypadkach określonych w art. 65 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia;
- 4) nieuzasadniona odmowa podjęcia leczenia odwykowego w zakładzie leczenia odwykowego przez osobę uzależnioną.

**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 nieprawdziwych danych lub zatajenia prawdy.

.....  
*podpis klienta*

.....  
*podpis i pieczęćka przyjmującego  
wniosek pracownika socjalnego*

.....  
*data wpływu dokumentu*

**Proszę o objęcie dożywianiem mojego dziecka/dzieci:****ŻŁOBKI**

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

**PRZEDSZKOLA**

1. .... uczęszczającej(go) do Przedszkola Nr ..... ☐ 2 posiłki ☐ 3 posiłki\*  
nazwisko i imię dziecka
2. .... uczęszczającej(go) do Przedszkola Nr ..... ☐ 2 posiłki ☐ 3 posiłki\*  
nazwisko i imię dziecka
3. .... uczęszczającej(go) do Przedszkola Nr ..... ☐ 2 posiłki ☐ 3 posiłki\*  
nazwisko i imię dziecka

\* 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-godzinne minimum programowego zobowiązuję się ponosić koszty zgodnie z zawartą umową o świadczenie usług w zakresie wychowania przedszkolnego

**SZKOŁY PODSTAWOWE I PONADPODSTAWOWE**

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

**PLACÓWKI**

1. .... przebywającej(go) w .....  
nazwisko i imię dziecka pełna nazwa placówki i miejscowość
2. .... uczęszczającej(go) w .....  
nazwisko i imię dziecka pełna nazwa placówki i miejscowość

.....  
podpis klienta**Proszę o przyznanie posiłków w jadłodajni**

1. Jestem osobą przewlekle chorą ☐ tak ☐ nie
2. Posiadam orzeczenie o ..... stopniu niepełnosprawności ☐ tak ☐ nie
3. Jestem osobą sprawną fizycznie w stopniu umożliwiającym wykonywanie codziennych czynności samoobsługowych we własnym zakresie ☐ tak ☐ nie
4. Poruszam się samodzielnie, bez pomocy sprzętu rehabilitacyjnego ☐ tak ☐ nie
5. Jestem w stanie samodzielnie wykonać czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, jak np. przyrządzanie posiłków czy zakupy ☐ tak ☐ nie
6. Posiadam własne środki finansowe, z których mogę zakupić niezbędne produkty żywnościowe do przygotowania gorących posiłków ☐ tak ☐ nie
7. Jestem osobą bezdomną (w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „tak”, proszę pominąć punkt 8 i 9) ☐ tak ☐ nie
8. Posiadam w domu niezbędny sprzęt gospodarstwa domowego i warunki do przygotowywania gorących posiłków (kuchnia jest wyposażona w meble kuchenne, naczynia kuchenne) ☐ tak ☐ nie
9. Mieszkanie jest wyposażone w: energię elektryczną ☐ tak ☐ nie / gaz ☐ tak ☐ nie / wodę ☐ tak ☐ nie / kuchenkę gazową lub mikrofalową) ☐ tak ☐ nie

.....  
podpis klienta**WYPEŁNIA PRACOWNIK SOCJALNY:**

1. Wnioskodawca dysponuje środkami pieniężnymi na zakup produktów żywnościowych, ponieważ otrzymuje z tut. Ośrodka zasiłki celowe z programu *Posiłek w szkole i w domu* i/lub zasiłek stały przeznaczony na zakup żywności i/lub zasiłek okresowy przeznaczony na zakup żywności ☐ tak ☐ nie
2. Wnioskodawca jest objęty pomocą rzeczową w formie żywności z programu *Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027* ☐ tak ☐ nie
3. W aktach wnioskodawcy są dokumenty potwierdzające przewlekłą chorobę lub okazano je do wglądu podczas wywiadu środowiskowego ☐ tak ☐ nie
4. W aktach wnioskodawcy są dokumenty potwierdzające posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności lub okazano je do wglądu podczas wywiadu środowiskowego ☐ tak ☐ nie

.....  
podpis i pieczęćka pracownika socjalnego