

Linia, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
adres

tel.

**GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W LINI
UL. TURYSTYCZNA 15, 84-223 LINIA**

**Wniosek
o przyznanie pomocy w zakresie dożywiania dzieci w szkole**

Proszę o przyznanie pomocy w zakresie dożywiania dzieci w szkole dla:

1.ur.....szkoła.....klasa.....
2.ur.....szkoła.....klasa.....
3.ur.....szkoła.....klasa.....
4.ur.....szkoła.....klasa.....
5.ur.....szkoła.....klasa.....
6.ur.....szkoła.....klasa.....
7.ur.....szkoła.....klasa.....

UZASADNIENIE

.....
.....
.....
.....

OŚWIADCZENIE

Zobowiązuję się do niezwłocznego (nie później jednak niż w ciągu 14 dni od dnia złożenia niniejszego wniosku) dostarczenia wszystkich wymaganych przez pracownika socjalnego Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lini dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia mojej sprawy.

.....
podpis wnioskodawcy

Aktualnie utrzymujemy się z :

Dochód rodziny w POPRZEDNIM MIESIĄCU tj.r.	Kwota w zł
Zasiłek rodzinny + dodatki	
Zasiłek pielęgnacyjny	
Świadczenie pielęgnacyjne	
Świadczenie rodzicielskie z GOPS/ zasiłek macierzyński z KRUS	
SZO / ZDO	
Stypendium	

Zasiłek dla bezrobotnych z PUP / zasiłek stały	
Zasiłek chorobowy z KRUS	
Wynagrodzenie za pracę (dołączyć zaświadczenie o wynagrodzeniu z wyszczególnieniem: przychód, koszty uzyskania przychodu, podatek należny, składki na ubezpieczenie społeczne, składki na ubezpieczenie zdrowotne)	
Praca dorywcza, najem lokalu itp.	
Gospodarstwo rolne	
Otrzymywane alimenty	
Emerytura/ Renta	
Dodatek mieszkaniowy	
Dochód z prowadzonej działalności	
Inne	

W skład naszej rodziny prowadzącej wspólne gospodarstwo domowe wchodzi:

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Stopień pokrewieństwa	Miejsce pracy, nauki
1.			<i>WNIOSKODAWCA</i>	
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

POUCZENIE

Zgodnie z art. 109 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 ze zm.):

Osoby i rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej są obowiązane niezwłocznie poinformować organ, który przyznał świadczenie, o każdej zmianie w ich sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, która wiąże się z podstawą do przyznania świadczeń.

Podkreślić należy, że pomoc przyznawana na gruncie ustawy o pomocy społecznej - bez względu na jej rodzaj - ma charakter jedynie przejściowy, czasowy i zakłada wykształcenie odpowiednich podstaw u osób z niej korzystających, w celu pokonania życiowych trudności. Nie ma ona w żadnym wypadku zamiaru stać się w stałe i jedyne źródło utrzymania dla osób o nią wnioskujących, niezależnie od ich sytuacji życiowej. Dlatego w sytuacji, gdy osoba nie wywiązuje się m.in. ze współpracy z pracownikiem socjalnym, a podstawą takiej bierności jest zła wola, dalsze jej wspieranie jest niezgodne z celem pomocy społecznej wyrażonym w art. 2 ust. 1 czy art. 3 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej.

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lini, ul. Turystyczna 15, 84-223 Linia, email: gops@gminalinia.com.pl, tel. 58 6768582 wew. 3 lub 513-541-366

2. W sprawach związanych z Pani/ Pana danymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych tel. 58 6768560, email: rodo@gminalinia.com.pl Dane będą przetwarzane w celu: **dopełnienie obowiązków określonych w przepisach prawa na podstawie ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku ust. 23a**

W przypadku niepodania danych nie będzie możliwa realizacja celu.

3. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.

4. Dane będą przechowywane zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt.

5. Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

6. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania, a w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych do jej wycofania. Skorzystanie z prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody.

7. Ma Pani/Pan także prawo do przenoszenia danych.

8. Przysługuje Pani/ Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

9. Dane udostępnione przez Panią/ Pana nie będą podlegały profilowaniu.

10. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

.....
podpis wnioskodawcy

(imię i nazwisko)

(miejsowość)

dnia

(adres)

OŚWIADCZENIE O STANIE MAJĄTKOWYM¹⁾

Ja,

imię i nazwisko

urodzony(-na)

data i miejscowość

oświadczam, że na stan majątkowy mojej rodziny / mój²⁾ składają się³⁾:

I. Nieruchomości:

– Lokal mieszkalny:

nie posiadam

posiadam (wielkość [w m²], tytuł prawny):

– Dom:

nie posiadam

posiadam (wielkość [w m²], tytuł prawny):

– Place, działki:

nie posiadam

posiadam (powierzchnia [w m²], tytuł prawny):

– Gospodarstwo rolne:

nie posiadam

posiadam (rodzaj, liczba hektarów, w tym przeliczeniowych):

1) Należy uwzględnić majątek objęty wspólnością ustawową oraz majątek osobisty.

2) Niepotrzebne skreślić (wybrać z listy).

3) Zaznaczyć właściwe lub

II. Ruchomości:

– Samochody:

nie posiadam posiadam (typ, rocznik, wartość szacunkowa):

.....
.....

– Maszyny:

nie posiadam posiadam (rodzaj, wartość szacunkowa):

.....
.....

– Inne:

nie posiadam posiadam (rodzaj, wartość szacunkowa):

.....
.....

III. Posiadane zasoby:

– Pieniężne (oszczędności, papiery wartościowe itp.):

nie posiadam posiadam (wartość nominalna):

.....
.....

– Przedmioty wartościowe:

nie posiadam posiadam (wartość szacunkowa):

.....
.....

IV. Inne, dodatkowe informacje o stanie majątkowym:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
podpis

.....
(miejsowość, data)

Zaświadczenie
o wysokości dochodów dla celów pomocy społecznej

Zaświadcza się, że Pan/i
(imię i nazwisko)

Zamieszkały/a
(adres zamieszkania)

Jest zatrudniony/a
(nazwa i adres zakładu pracy)

W okresie od do

Na stanowisku

1. Wynagrodzenie miesięczne brutto za miesiąc -
2. Składka płacona przez ubezpieczonego na ubezpieczenie emerytalne, rentowe, chorobowe -
.....
3. Składka na ubezpieczenie zdrowotne -
4. Koszty uzyskania przychodu -
5. Podatek dochodowy od osób fizycznych -
6. Dochód do pomocy społecznej -
[1-(2+3+4+5)]

.....
(pieczęć i podpis)

