



## Ośrodek Pomocy Społecznej

Pl. Zjednoczenia Narodowego 9, 66-320 Trzciel

tel. 95 7431414

http://www.ops.trzciel.pl, e-mail: [ops@trzciel.pl](mailto:ops@trzciel.pl)

# WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY W FORMIE DOŻYWIANIA DZIECI W SZKOŁACH OD WRZEŚNIA 2021 ROKU

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

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

.....  
(adres zamieszkania) (kod pocztowy) (miejscowość)

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

1..... Nazwa szkoły/klasa: .....  
(imię i nazwisko)

2..... Nazwa szkoły/klasa: .....  
(imię i nazwisko)

3..... Nazwa szkoły/klasa: .....  
(imię i nazwisko)

4..... Nazwa szkoły/klasa: .....  
(imię i nazwisko)

5..... Nazwa szkoły/klasa: .....  
(imię i nazwisko)

**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"/> 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"/> sieroctwa  | <input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego  |   |
| <input type="checkbox"/> bezdomności  | <input type="checkbox"/> klęski 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 |
| <input type="checkbox"/> Prace dorywcze                    | <input type="checkbox"/> Zasiłek dla bezrobotnych           | przeliczeniowych  |
| <input type="checkbox"/> Dodatek mieszkaniowy/energetyczny | <input type="checkbox"/> Zasiłek stały                      | <input type="checkbox"/> zasiłek pielęgnacyjny                      |
| <input type="checkbox"/> Renta/emerytura                   | <input type="checkbox"/> fundusz alimentacyjny              | <input type="checkbox"/> 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. 2018 poz. 1000) 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/