

WNIOSEK

zgłaszającego się o pomoc do OPS

1. Nazwisko		2. Imię	
3. Nazwisko rodowe			
4. Nr PESEL		5. Seria i nr dowodu osobistego	
6. Imiona rodziców			
7. Nazwisko rodowe matki			
8. Data i miejsce urodzenia			
9. Miejsce zamieszkania			
10. Numer telefonu			
11. Źródło dochodu (podać rodzaj i wysokość) <input type="checkbox"/> stałe <input type="checkbox"/> czasowe <input type="checkbox"/> dorywcze Wysokość dochodu <input type="checkbox"/> brak własnego dochodu (podać na czyim utrzymaniu pozostaje)			
12. Jestem posiadaczem samochodu <input type="checkbox"/> Tak marka pojazdu rok produkcji <input type="checkbox"/> Nie posiadam miesięczne koszty utrzymania samochodu zł.			
13. Posiadam mieszkanie <input type="checkbox"/> Własnościowe <input type="checkbox"/> Kwaterunkowe <input type="checkbox"/> Inne (podać rodzaj mieszkania)			
14. Wysokość opłat za mieszkanie			
15. Wysokość opłat za energię elektryczną			
16. Inne opłaty związane z utrzymaniem mieszkania			
17. Sytuacja rodzinna <input type="checkbox"/> Jestem samotny(a) <input type="checkbox"/> Posiadam rodzinę Dzieci na utrzymaniu (podać ilość)			
18. Sytuacja zdrowotna: Czy pan / pani lub ktoś z rodziny leczy się? (podać rodzaj choroby)			
19. Koszty związane z leczeniem w ciągu miesiąca			
20. Czy posiada pan / pani grupę inwalidzką (podać grupę inwalidzką dzień i numer orzeczenia) <input type="checkbox"/> Nie posiadam			

21. Otrzymuję dodatek mieszkaniowy:	TAK* <input type="checkbox"/>	(Zaświadczenie/oświadczenie w załączeniu)	NIE <input type="checkbox"/>
22. Otrzymuję dodatek energetyczny:	TAK* <input type="checkbox"/>	(Zaświadczenie/oświadczenie w załączeniu)	NIE <input type="checkbox"/>
23. Otrzymuję zasiłek rodzinny (wraz z dodatkami):	TAK* <input type="checkbox"/>	(Zaświadczenie/oświadczenie w załączeniu)	NIE <input type="checkbox"/>
24. Otrzymuję świadczenia opiekuńcze:	TAK* <input type="checkbox"/>	(Zaświadczenie/oświadczenie w załączeniu)	NIE <input type="checkbox"/>
25. Otrzymuję świadczenie rodzicielskie:	TAK* <input type="checkbox"/>	(Zaświadczenie/oświadczenie w załączeniu)	NIE <input type="checkbox"/>
26. Otrzymuję świadczenia z Funduszu Alimentacyjnego/alimenty:	TAK* <input type="checkbox"/>	(Zaświadczenie/oświadczenie w załączeniu)	NIE <input type="checkbox"/>
27. Posiadam gospodarstwo rolne o powierzchni:	TAK* <input type="checkbox"/> ha (Zaświadczenie/oświadczenie w załączeniu)	NIE <input type="checkbox"/>

* Należy załączyć zaświadczenie lub oświadczenie

28. Jednocześnie informuję, że wraz ze mną zamieszkują następujące osoby					
Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Pokrewieństwo	PESEL	Źródło dochodu

29. Proszę podać o jaką formę pomocy ubiega się Pan/Pani:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Art. 8 ust. 11 „W przypadku uzyskania w ciągu 12 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku lub w okresie pobierania świadczenia z pomocy społecznej dochodu jednorazowego przekraczającego pięciokrotnie kwoty:

- 1) kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej, w przypadku osoby samotnie gospodarującej,
- 2) kryterium dochodowego rodziny, w przypadku osoby w rodzinie.

- kwote tego dochodu rozlicza się w równych częściach na 12 kolejnych miesięcy, poczynając od miesiąca, w którym dochód został wypłacony.”

Art. 8 ust. 12 „W przypadku uzyskania jednorazowo dochodu należnego za dany okres, kwotę tego dochodu uwzględnia się w dochodzie osoby lub rodziny przez okres, za który uzyskano ten dochód.”

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Własnoręcznie podpisuję osobą składającą oświadczenie stwierdzam

..... dnia 20..... r.

.....
(pieczęć i podpis osoby przyjmującej wniosek)