**Wniosek do Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łubiance o przyznanie owoców i warzyw w ramach programu „EMBARGO”**

Wnioskodawca …................................................................................................................................................

 (imię i nazwisko wnioskodawcy, dokładny adres, telefon kontaktowy)

 …...............................................................................................................................................

**1.Sytuacja rodzinna** (*proszę uwzględnić wszystkie osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostawiające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **PESEL** | **Miejsce pracy – nauki** | **Stopień pokrewieństwa** |
| **1.** |  |  |  | wnioskodawca |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |  |

**2.Kwota miesięcznego dochodu (netto)5) rodziny uzyskanego w miesiącu poprzedzający miesiąc założenia wniosku:**

|  |  |
| --- | --- |
| Wynagrodzenie ze stosunku pracy (netto) | zł |
| Działalność gospodarcza wykonywana osobiście na zasadach: - ogólnych | zł |
|  - ryczałtu ewidencjonowanego | zł |
| Dochody z gospodarstwa rolnego 6) | zł |
| Emerytura / renta / renta strukturalna / renta socjalna / świadczenie przedemerytalne / zasiłek przedemerytalny (netto) | zł |
| Świadczenie rehabilitacyjne / zasiłek chorobowy | zł |
| Świadczenie rodzinne (zasiłek rodzinny oraz dodatki do zasiłku rodzinnego) | zł |
| Zasiłek pielęgnacyjny | zł |
| Świadczenie pielęgnacyjne / zasiłek dla opiekuna/ specjalny zasiłek opiekuńczy | zł |
| Zasiłek dla bezrobotnych | zł |
| Zasiłek stały lub okresowy z pomocy społecznej | zł |
| Alimenty / świadczenie z funduszu alimentacyjnego | zł |
| Dodatek mieszkaniowy | zł |
| Inne dochody | zł |
| **Razem dochody w miesiącu poprzedzającym datę złożenia wniosku** | złzł |

*Wyżej wymienione dochody należy potwierdzić zaświadczeniem o ich wysokości, odcinkiem od renty/emerytury, zaświadczeniem o wielkości gospodarstwa, a w przypadku, kiedy rodzina korzysta z pomocy społecznej, kserokopią decyzji przyznającej świadczenie.*

**Wydatki alimentacyjne świadczone na rzecz innych osób w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku wyniosły........................... zł.** *(wydatki należy potwierdzić wyrokiem sądu lub zaświadczeniem oraz potwierdzeniami zapłaty)*

**Dochód miesięczny7) na 1 osobę w rodzinie wyniósł.............................. zł.** *(od sumy dochodów należy odjąć sumę wydatków alimentacyjnych i wynik podzielić przez liczbę osób wymienionych w pkt. 1)*

**3. Przyczyny trudnej sytuacji w rodzinie** *(można zaznaczyć kilka)*

* + Ubóstwo
	+ Sieroctwo
	+ Bezdomność
	+ Bezrobocie
	+ Niepełnosprawność
	+ Długotrwała i ciężka choroba
	+ Przemoc w rodzinie
	+ Potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności
	+ Bezradność w sprawach opiekuńczo – wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego zwłaszcza w rodzinach niepełnych i wielodzietnych
	+ Brak umiejętności w przystosowaniu do życia młodzieży opuszczającej placówki opiekuńczo – wychowawcze
	+ Trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy
	+ Trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego
	+ Alkoholizm lub narkomania
	+ Zdarzenie losowe
	+ Klęska żywiołowa lub ekologiczna
	+ Inne ……………………………………………………………………………………………………..

….............................................. …...............................................

 *(miejscowość i data) (podpis wnioskodawcy))*

*Na podstawie art. 233 ust. 1 ustawy z dnia 06-06-1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 ze zm.) – Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę na podstawie ustawy, zeznaje lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3 –* ***zaświadczam, że zawarte we wniosku informacje są zgodne ze stanem faktycznym.***

…................................................ ......................................................

*(miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy))*

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku przez Urząd Gminy Łubianka dla potrzeb stypendium szkolnego zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. O ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. z 2014 r., poz. 1182 z późn. zm.)*

….............................................. .…....................................................

 *(miejscowość i data) (podpis wnioskodawcy))*

**DO WNIOSKU ZAŁĄCZAM** *(proszę wymienić załączniki potwierdzające sytuację dochodową)*:

1)...............................................................................................................................................................................

2)...............................................................................................................................................................................

3)...............................................................................................................................................................................

4)...............................................................................................................................................................................

5)...............................................................................................................................................................................

6)………………………………………………………………………………………………………………………..