Kędzierzyn-Koźle, …….. rok

Do Dyrektora
Centrum Usług Społecznych
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 sądowne / 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, uchylenia 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 lecznictwa 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 rozstrzyganiu 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 pieczątka 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-godzinnego 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. CUS 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 pieczątka pracownika socjalnego