*Zambrów, dnia …………………..................*

…………………………………………....

*( imię i nazwisko)*

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

*( adres, nr telefonu)*

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

…………………………………………….

(PESEL)

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej**

**w Zambrowie**

**WNIOSEK**

Proszę o przyznanie zasiłku ………………………………………………………................

…………………………………………………………………………………………………………

Prowadzę wspólne gospodarstwo domowe z :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko współmałżonka/konkubenta** | | | **PESEL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Praca/emerytura/renta/szkoła** | | | | |
|  | | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | | |
| **CZŁONKOWIE RODZINY** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lp | Nazwisko i imię | Stopień pokrewieństwa | | | | | | PESEL | | | | | | | | | | | | | | | | | Praca/emerytura/  renta/szkoła |
| 1 |  |  | | | | | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 2 |  |  | | | | | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 3 |  |  | | | | | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 4 |  |  | | | | | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |

Na dochód/ wymienić wszystkie źródła dochodu i kwoty netto/mojej rodziny składają się :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**UZASADNIENIE WNIOSKU**

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

…………………………………………………………………….

*( czytelny podpis osoby składającej wniosek )*

*Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych (wypełnienie obowiązku, o którym mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych ) zamieszczona jest na tablicy ogłoszeń w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Zambrowie.*

**OŚWIADCZENIE**

**o uzyskaniu dochodu, o którym mowa w art. 8 ust 11 i 12 ustawy o pomocy społecznej**

W związku z ubieganiem się o świadczenia z pomocy społecznej **oświadczam pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, co następuje:**

Ja niżej podpisany(a) ………………………………………………………………………………….....

(imię i nazwisko)

zamieszkały(a): kod pocztowy ………………… miejscowość………………………… nr domu …...

seria i numer dowodu osobistego ………………………….. nr PESEL ……………………………….

**Otrzymałem / otrzymałam:**

1. w ciągu 12 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku tj. w miesiącu ……………. rok …………. dochód jednorazowy w wysokości …………….. zł, wypłacony za okres od …………………… do ……………….. z tytułu ……………………………………………..
2. w okresie pobierania świadczenia z pomocy społecznej tj. w miesiącu ……………………. rok …………. dochód jednorazowy w wysokości …………….. zł, wypłacony za okres od …………………… do ……………….. z tytułu ……………………………………………..

**który przekroczył / nie przekroczył \* pięciokrotnie kwoty :**

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

Dane powyższe podałem(am) zgodnie z prawdą i **jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

………………………………………………………...

(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

* **Art. 98 ustawy o pomocy społecznej**

Świadczenia nienależnie pobrane podlegają zwrotowi od osoby lub rodziny korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej, niezależnie od dochodu rodziny.

* **Art. 109 ustawy o pomocy społecznej**

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.

* Art. 8 ust. 11 **ustawy o pomocy społecznej**

„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

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

* Art. 8 ust. 12 **ustawy o pomocy społecznej**

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

**\* niepotrzebne skreślić**