Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej ………………………….., dn. ………………..

w Darłowie

**WNIOSEK O POMOC ŻYWNOŚCIOWĄ Z BANKU ŻYWNOŚCI**

1. Imię i nazwisko...................................................................................................................................

2. PESEL....................................................................................................................................................

3.Nr dowodu..................................................................................................................................................

4. Adres...................................................................................................................................................

5. Telefon..............................................................................................................................................

STRUKTURA RODZINY (osoby będące na wspólnym utrzymaniu)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwisko i imię  | Data urodzenia | Stopień pokrewieństwa | Miejsce pracy, nauki | Nr ewidencyjny (pesel) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że posiadam/uzyskałem kredyt w okresie ostatnich 12 miesięcy .....................

………………………………..

 (podpis wnioskodawcy)

Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Darłowie w celu realizacji obowiązków ustawowych.

………………….. ……………….

 (data) (podpis)

…………………………………………….. dnia ………………………………….

**Zaświadczenie o wysokości dochodów d o celów**

**Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Darłowie**

Zaświadcza się , że Pan/i/ ……………………………………………………………………………….

 (imię i nazwisko)

zamieszkały /a/ …………………………………………………………………………………

 (adres zamieszkania)

jest zatrudniony /a/ ………………………………………………………………………………………………………..

 (adres zakładu pracy)

na stanowisku ………………………………………………………………………………………………………..

1. Wynagrodzenie miesięczne **brutto** (za jeden miesiąc, poprzedzający złożenie wniosku w GOPS Darłowo).........................………………………………………………….
2. Składka płacona przez ubezpieczonego na ubezpieczenie emerytalne, rentowe, chorobowe.............……………………………………………………………………….
3. Składka na ubezpieczenie zdrowotne ......…………………………………………………….
4. Podatek dochodowy od osób fizycznych .......……………………………………………….
5. Dochód do pomocy społecznej: 5 = 1-(2+3+4) = .......…………………………………….
6. Potrącenia komornicze – alimenty .......………………………………………………………..

………………………………………………………

*( pieczęć i podpis)*

**Oświadczenie o dochodach\***

(\* nie wypełnia się w przypadku złożenia przez stronę zaświadczenia lub innego urzędowego dokumentu)

Imię i nazwisko ............................................................................................................................................

Adres zamieszkania .....................................................................................................................................

1. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i oświadczam, że w m-cu ............................... 20.... roku dochodem moim/mojej rodziny były należności z tytułu:
* zatrudnienia .................................................................................................................................

w tym: wysokość potrącanej zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych ....................

składki na ubezpieczenie zdrowotne ...........................................................................................

składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe (finansowane przez ub.) ..................................

składki na ubezpieczenie chorobowe ..........................................................................................

* umowy agencyjnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło

składki na ubezpieczenie zdrowotne ...........................................................................................

składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe (finansowane przez ub.) ..................................

składki na ubezpieczenie chorobowe ..........................................................................................

* pracy dorywczej............................................................................................................................
* świadczeń ZUS, KRUS i innych organów emerytalno-rentowych. (emerytura; renta inwalidzka; socjalna;; rodzinna; świadczenie rehabilitacyjne; dodatek pielęgnacyjny; zasiłek przedemerytalny; ryczałt energetyczny; dodatek kombatancki i inne) ....................................... ......................................................................................................................................................
* dodatku mieszkaniowego, energetycznego..................................................................................
* świadczeń rodzinnych...................................................................................................................
* świadczeń pielęgnacyjnych, specjalnego zasiłku opiekuńczego ..................................................
* Świadczeń z Funduszu Alimentacyjnego.......................................................................................
* świadczeń 500+, 300+ ..................................................................................................................
* zasiłku dla bezrobotnych z PUP, stypendium z PUP .....................................................................
* świadczenia z tytułu rodziny zastępczej .......................................................................................
* gospodarstwa rolnego (pow. w ha przeliczeniowych...................................................................
* stypendia szkolne studenckie, praktyki szkolne...........................................................................
* alimenty .......................................................................................................................................
* darowizny .....................................................................................................................................
* finansowanie współmałżonka lub innych osób przebywających poza granicami kraju na utrzymanie rodziny ......................................................................................................................
* pomoc od członków rodziny, instytucji pozarządowych lub innych ............................................
* inne wartości materialne lub dochody nie wymienione wyżej.....................................................
* działalności gospodarczej PROWADZĘ / NIE PROWADZĘ[[1]](#endnote-1)

W przypadku prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej należy dostarczyć zaświadczenie naczelnika właściwego urzędu skarbowego o formie opodatkowania, a także wymagane zaświadczenia lub wypełnione oświadczenia.

1. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc osiągnąłem/am dochód jednorazowy w wysokości .................................. zł z tytułu ......................................................... ..............................................................................................................................................................

Dochód osiągnąłem/am w m-cu ..........................................................................................................

1. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc osiągnąłem/am dochód jednorazowy należny za okres (jako wyrównanie) za okres od ................................ do ................................. z tytułu .......................................................................................................... w wysokości ..................................................... Dochód osiągnąłem/am w m-cu ...............................

**Art.  233. §  1 K.K.  "Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8."**

**Art.  75. §  2 K.P.A. "Jeżeli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji publicznej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenie złożone pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania."**

**Art.  109.  ustawy o pomocy społecznej "Osoby i rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej oraz osoby, o których mowa w art. 61 ust. 1 pkt 2, są obowiązane niezwłocznie poinformować organ, który przyznał świadczenie lub ustalił odpłatność, o każdej zmianie w ich sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, która wiąże się z podstawą do przyznania świadczeń lub ponoszenia odpłatności."**

......................................................................... dnia ..................................................................

(podpis pracownika socjalnego przyjmującego oświadczenie) (podpis osoby składającej oświadczenie)

1. niepotrzebne skreślić [↑](#endnote-ref-1)