

Linia, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(numer telefonu kontaktowego)

.....  
(PESEL)

.....  
(seria i nr dowodu osobistego)

**GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ  
W LINI**

**ul. Turystyczna 15, 84-223 Linia**

**Wnoszę o przyznanie pomocy w formie opłacenia posiłku w szkole zgodnie z wieloletnim rządowym programem „Posiłek w szkole i w domu” na lata 2024-2028 na następujące dzieci:**

1. ...., klasa ..... Szkoła Podstawowa w.....
2. ...., klasa ..... Szkoła Podstawowa w.....
3. ...., klasa ..... Szkoła Podstawowa w.....
4. ...., klasa ..... Szkoła Podstawowa w.....

**Zgodnie z art. 7 ustawy o pomocy społecznej „Pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu:” (zaznacz odpowiednie)**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ubóstwa                              | <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności   | <input type="checkbox"/> przemocy w rodzinie  |
| <input type="checkbox"/> sieroctwa                            | <input type="checkbox"/> alkoholizmu lub narkomanii   | <input type="checkbox"/> trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 przesłanki obligatoryjnego udzielenia zezwolenia na pobyt czasowy w celu połączenia się z rodziną ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach |
| <input type="checkbox"/> bezdomności                          | <input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych |   |
| <input type="checkbox"/> bezrobocia                           | <input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego  |   |
| <input type="checkbox"/> niepełnosprawności                   | <input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej   |   |
| <input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby    | <input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej   |   |
| <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi |   |   |

**Aktualnie utrzymujemy / utrzymuje się z :**

Dochód rodziny w poprzednim miesiącu tj. ....r.	Kwota w zł (netto)
Zasiłek rodzinny + dodatki	
Zasiłek pielęgnacyjny	
Świadczenie pielęgnacyjne	
Świadczenie rodzicielskie z GOPS/ zasiłek macierzyński z KRUS	
SZO / ZDO	
Stypendium	
Zasiłek dla bezrobotnych z PUP / zasiłek stały	
Zasiłek chorobowy z KRUS	
Wynagrodzenie za pracę (dołączyć zaświadczenie o wynagrodzeniu z wyszczególnieniem: przychód, koszty uzyskania przychodu, podatek należny, składki na ubezpieczenie społeczne, składki na ubezpieczenie zdrowotne)	
Praca dorywcza, najem lokalu itp.	
Gospodarstwo rolne	
Otrzymywane alimenty	
Emerytura/ Renta	
Dodatek mieszkaniowy	
Dochód z prowadzonej działalności	

## W skład naszej rodziny prowadzącej wspólne gospodarstwo domowe wchodzi:

Lp.	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Miejsce pracy, nauki
1.			WNIOSKODAWCA	
2.			MAŻ / ŻONA	
3.			SYN / CÓRKA	
4.			SYN / CÓRKA	
5.			SYN / CÓRKA	
6.			SYN / CÓRKA	
7.			SYN / CÓRKA	
8.			SYN / CÓRKA	
9.			SYN / CÓRKA	
10.			SYN / CÓRKA	
11.			SYN / CÓRKA	

### OŚWIADCZENIE DO WYWIADU RODZINNEGO (ŚRODOWISKOWEGO)

Oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie dane dotyczące sytuacji osobistej, rodzinnej i majątkowej są zgodne z prawdą.

### POUCZENIE

Zgodnie z art. 109 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 ze zm.):

**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.**

Podkreślić należy, że pomoc przyznawana na gruncie ustawy o pomocy społecznej - bez względu na jej rodzaj - ma charakter jedynie przejściowy, czasowy i zakłada wykształcenie odpowiednich podstaw u osób z niej korzystających, w celu pokonania życiowych trudności. Nie ma ona w żadnym wypadku zamiar się w stałe i jedyne źródło utrzymania dla osób o nią wnioskujących, niezależnie od ich sytuacji życiowej. Dlatego w sytuacji, gdy osoba nie wywiązuje się m.in. ze współpracy z pracownikiem socjalnym, a podstawą takiej bierności jest zła wola, dalsze jej wspieranie jest niezgodne z celem pomocy społecznej wyrażonym w art. 2 ust. 1 czy art. 3 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej.

### KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lini, ul. Turystyczna 15, 84-223 Lini, email: [gops@gminalinia.com.pl](mailto:gops@gminalinia.com.pl), tel. 58 6768582 wew. 3 lub 513-541-366

2. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych tel. 58 6768560, email: [rodo@gminalinia.com.pl](mailto:rodo@gminalinia.com.pl)

3. Dane będą przetwarzane w celu: **dopełnienie obowiązków określonych w przepisach prawa na podstawie ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku ust. 23a.** W przypadku niepodania danych nie będzie możliwa realizacja celu.

4. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.

5. Dane będą przechowywane zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt.

6. Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

7. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania, a w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych do jej wycofania. Skorzystanie z prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody.

8. Ma Pani/Pan także prawo do przenoszenia danych.

9. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

10. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.

11. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

.....LINIA....., dnia .....

(miejscowość)

(data)

.....  
/czytelny podpis wnioskodawcy/

(imię i nazwisko)

(miejscowość)

dnia

(adres)

## OŚWIADCZENIE O STANIE MAJĄTKOWYM<sup>1)</sup>

Ja, \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko

urodzony(-na) \_\_\_\_\_  
data i miejscowość

oświadczam, że na stan majątkowy mojej rodziny / mój<sup>2)</sup> składają się<sup>3)</sup>:

### I. Nieruchomości:

– Lokal mieszkalny:

nie posiadam

posiadam (wielkość [w m<sup>2</sup>], tytuł prawny):

– Dom:

nie posiadam

posiadam (wielkość [w m<sup>2</sup>], tytuł prawny):

– Place, działki:

nie posiadam

posiadam (powierzchnia [w m<sup>2</sup>], tytuł prawny):

– Gospodarstwo rolne:

nie posiadam

posiadam (rodzaj, liczba hektarów, w tym przeliczeniowych):

1) Należy uwzględnić majątek objęty wspólnością ustawową oraz majątek osobisty.

2) Niepotrzebne skreślić (wybrać z listy).

3) Zaznaczyć właściwe  lub

## II. Ruchomości:

– Samochody:

nie posiadam

posiadam (typ, rocznik, wartość szacunkowa):

– Maszyny:

nie posiadam

posiadam (rodzaj, wartość szacunkowa):

– Inne:

nie posiadam

posiadam (rodzaj, wartość szacunkowa):

## III. Posiadane zasoby:

– Pieniężne (oszczędności, papiery wartościowe itp.):

nie posiadam

posiadam (wartość nominalna):

– Przedmioty wartościowe:

nie posiadam

posiadam (wartość szacunkowa):

## IV. Inne, dodatkowe informacje o stanie majątkowym:

Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
podpis

# OŚWIADCZENIE

Złożone na wniosek strony (art. 75 § 2 kpa).

Ja niżej podpisany(a)

zamieszkały(a)

imię i nazwisko

kod pocztowy [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] miejscowość

ulica

nr domu

nr mieszkania

seria i numer dowodu osobistego

Nr PESEL

Świadomy(a) obowiązków wynikających z Art. 109 Ustawy o Pomocy Społecznej z dnia 12 marca 2004 r., składając oświadczenie pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, przewidzianej w art. 233 § 1, § 1a, § 2 i § 6 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny, oświadczam co następuje:

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

**Stwierdzam własnoręczność podpisu**

podpis osoby przyjmującej oświadczenie

podpis osoby składającej oświadczenie

Miejscowość

Data

## \*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.

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

§1a – Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§2 – Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swych uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.

§6 – Przepisy §1-3 oraz 5 stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.

