

*Załącznik do Programu osłonowego w zakresie
zmniejszenia wydatków poniesionych
na dożywianie dzieci przez mieszkańców Gminy Jarocin,
których dzieci uczęszczają do przedszkoli
i oddziałów przedszkolnych na terenie Gminy Jarocin*

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY FINANSOWEJ W ZAKRESIE ZMNIJSZENIA WYDATKÓW PONIESIONYCH NA DOŻYWIANIE DZIECI PRZEZ MIESZKAŃCÓW GMINY JAROCIN, KTÓRYCH DZIECI UCZESZCZAJĄ DO PRZEDSZKOLI I ODDZIAŁÓW PRZEDSZKOLNYCH NA TERENIE GMINY JAROCIN W ROKU 2019

I część wniosku – wypełnia wnioskodawca

Wnioskodawca

(imię i nazwisko, data urodzenia)

PESEL.....

Adres zamieszkania :

Dane dotyczące dziecka uczęszczającego do przedszkola lub oddziału przedszkolnego na terenie Gminy Jarocin

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	PESEL	Nazwa szkoły do której dziecko uczęszcza	Kwota poniesionego wydatku za obiady

Wysokość poniesionych wydatków na dożywianie dziecka w miesiącuzgodnie z załączoną fakturą..... zł

Przyznaną pomoc finansową proszę przekazać przelewem na rachunek bankowy numer:

.....

Oświadczenie:

1. Oświadczam, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za udzielenie nieprawdziwych informacji (podstawa prawna: art. 233 § 1 Kodeksu karnego).

2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)).

....., dnia

.....

(podpis wnioskodawcy)

Załączniki do wniosku:

- oryginał faktury wystawionej przez firmę świadczącą usługi na terenie Gminy Jarocin szt.

II część wniosku - wypełnia Ośrodek Pomocy Społecznej w Jarocinie

1. Struktura rodziny :

- liczba osób uprawnionych.....

2 Poniesione wydatki na dożywianie łącznie zł

3. Kwota pomocy finansowej na dożywianiezł - odpowiadająca wysokości 3,00 zł za 1. obiad

Potwierdzam prawo do świadczenia na n/w dzieci:

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	PESEL	Nazwa szkoły do której dziecko uczęszcza	Wysokość pomocy finansowej do wypłaty

Razem do wypłaty.....zł, słownie.....zł.

Jarocin, dnia.....

.....
(podpis Kierownika OPS)