

**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY FINANSOWEJ W ZAKRESIE ZMNIJSZENIA WYDATKÓW
PONIESIONYCH NA DOŻYWIANIE DZIECI, KTÓRE UCZĘSZCZAJĄ DO PRZEDSZKOLI I ODDZIAŁÓW
PRZEDSZKOLNYCH NA TERENIE GMINY JAROCIN W ROKU 2024.**

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	Ilość posiłków	Kwota poniesioneg o wydatku za obiady
1.						
2.						
3.						
Razem:						

Przyznaną pomoc finansową proszę przekazać przelewem na rachunek bankowy numer:

.....

Oświadczenie:

- Oświadczam, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za udzielenie nieprawdziwych informacji (podstawa prawna: art. 233 § 1 Kodeksu karnego).
- 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. U z 2019r. poz. 1781) 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)

II część wniosku – wypełnia Firma wykonującą na terenie Gminy Jarocin usługi w zakresie dożywania uczniów szkół, wyłoniona zgodnie z ustawą z dnia 29 stycznia 2004r.Prawo zamówień publicznych (tj. Dz.U z 2023r. poz. 1605 ze zm.)

Potwierdzam wysokość poniesionych wydatków na dożywanie dziecka w miesiącu w wysokości

.....zł.(słownie:zł

.....
podpis i pieczętka Firmy

III część wniosku - wypełnia Ośrodek Pomocy Społecznej w Jarocinie

1. Struktura rodziny :

- liczba osób uprawnionych.....

2. Poniesione wydatki na dożywianie łącznie zł

3. Ilość posiłków..... x **3,00** zł = 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 dziecka	Wysokość pomocy finansowej do wypłaty
1.		
2.		
3.		
Razem:		

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

Jarocin, dnia.....

.....
(podpis Kierownika OPS)