

**I część wniosku**

**wypełnia wnioskodawca**

Wnioskodawca…………………………………………………………………………………

( imię i nazwisko , data urodzenia )

PESEL ……………………………………… Tel. Kontaktowy……………………………

Adres zamieszkania …………………………………………………………………………….

Dane dotyczące członków rodziny i innych osób wspólnie gospodarujących i prowadzących gospodarstwo domowe :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p | Imię i Nazwisko | Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą | Data  urodzenia | Okoliczność uprawniająca do pomocy | Dochód uzyskany w miesiącu  ……………… |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Łączny dochód osoby/rodziny …………………………………………………………………

Liczba ha przeliczeniowych należących do wnioskodawcy lub osób wspólnie gospodarujących ………………………………………………………………………………..

Wysokość poniesionych wydatków na leki w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku :

…………………………………………………………………………………………………...

**Oświadczenie :**

1.Oświadczam , ze nie posiadam żadnych innych dochodów, które wykazałem(am)   
w niniejszym wniosku.

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

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Miłkach moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r o ochronie danych osobowych (Dz.U.z 2002 r.Nr 101, poz926 z późn.zmn.)

……………………, dnia ……………… …………………………..

( podpis wnioskodawcy )

Załączniki do wniosku ;

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

**II część wniosku**

**wypełnia Ośrodek Pomocy Społecznej w Miłkach**

1. Kompletność dokumentów: TAK / NIE

2. Struktura rodziny / właściwe zaznaczyć

- osoba samotnie gospodarująca

- rodzina……… osobowa

- liczba osób uprawnionych ……..

3. Łączny dochód osoby lub rodziny, określony zgodnie z art.8 ustawy o pomocy społecznej …………………………………zł.

dochód na osobę w rodzinie …………………..zł

4. Kryterium dochodowe …………………………zł

5. Poniesione wydatki na leki łącznie ……………….zł na ………. osób uprawnionych   
w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku.

6. Kwota pomocy finansowej na leki …………………zł

Miłki, dnia ………………..

……………………………………

*podpis osoby rozpatrującej wniosek*

