

Nazwisko i imię Wnioskodawcy	
PESEL	
Miejsce zameldowania	
Miejsce pobytu (jeśli jest inne niż miejsce zameldowania)	
Telefon kontaktowy	

[illegible]

Łączny dochód osoby i rodziny za miesiąc 2023 r. wynosi

.....

10 % dochodu stanowi kwotę.....

Wysokość poniesionych wydatków

za miesiąc:.....

Przyznaną pomoc proszę przekazać na konto:

.....

Oświadczenie:

Oświadczam, że podane we wniosku informacje są zgodne z prawdą.

.....

Podpis Wnioskodawcy

Oświadczam jednocześnie, że nie posiadam żadnych dodatkowych dochodów poza wykazanymi we wniosku.

.....

Podpis Wnioskodawcy

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w mojej ofercie pracy dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781z ze zm.).

.....

Podpis Wnioskodawcy

Załączniki do wniosku:

- oryginały faktur z apteki szt.
- kserokopia recept Szt.
- dokumenty potwierdzające dochody..... Szt.
- inne dokumenty:szt.....

.....

Podpis Wnioskodawcy

Ćmielów, dnia.....

..... Data wpływu.....

Podpis pracownika przyjmującego wniosek

Część II wniosku – wypełnia Ośrodek Pomocy Społecznej w Ćmielowie

1. Nazwisko i imię Wnioskodawcy.....
2. Adres
zamieszkania.....
3. Struktura rodziny:
 - a) Samotnie gospodarująca
 - b) Rodzina - liczba osób
 - c) Liczba osób uprawnionych do pomocy.....
4. Łączny dochód osoby lub rodziny.....
5. Dochód na osobę w rodzinie..... 10% -
6. Kryterium dochodowe.....
7. Poniesione wydatki na leki.....
8. Wydatki poniesiono w okresie:
9. Miesiąc złożenia wniosku 2023 r.
10. Kwota przyznanej pomocy zł.
(60% wydatku, nie więcej niż 500,00 zł w 2023 roku)
11. Kwoty wcześniej przyznanej pomocy.....
12. Wypłata świadczenia na konto
13. Wniosek pozostawiono bez rozpatrzenia z powodu
.....
.....

.....
Data, podpis pracownika socjalnego

.....
Data, podpis Kierownika OPS w Ćmielowie