

.....  
nazwisko i imię wnioskodawcy

.....  
PESEL, nr telefonu do kontaktu

.....  
data wpływu

PRACOWNIK

### WNIOSEK O PRYZNANIE ZAPOMOGI BEZZWROTNEJ

#### I. Proszę o udzielenie zapomogi bezzwrotnej:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

W celu udokumentowania mojej sytuacji przedkładam:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

#### II. Osoby wspólnie prowadzące gospodarstwo domowe:

Liczba osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe wynosi .....

Nazwisko i imię osoby uprawnionej	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Data urodzenia	Miejsce pracy/nauki	Przychód <sup>1</sup>
	<b>wnioskodawca</b>			

Oświadczam, świadomy odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy, że wyżej podane informacje są zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy.

.....  
data i podpis wnioskodawcy

<sup>1</sup> średnia z trzech ostatnich miesięcy (potwierdzenie w zał.), z uwzględnieniem wysokości świadczenia wychowawczego (Rodzina 500+), rodzinnego kapitału opiekuńczego oraz świadczenia dobry start (300+)

### III. Informacje pracownika odpowiedzialnego za obsługę spraw socjalnych:

1. Zapomogi otrzymane w poprzednich latach:

.....  
.....  
.....

2. Weryfikacja przychodu obliczonego z trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, przypadającego na 1 osobę prowadzącą z uprawnionym wspólne gospodarstwo domowe:

Na podstawie przedłożonych dokumentów:<sup>2</sup>

- zaświadczenia/ń z Urzędu Skarbowego
- deklaracji podatkowej/ych
- decyzji o przyznaniu zasiłku, w tym pielęgnacyjnego
- orzeczenia o niepełnosprawności lub niezdolności do samodzielnej egzystencji
- zaświadczenia/ń o kontynuowaniu nauki .....
- wyroku sądowego/ugody sądowej
- innych .....

oraz po doliczeniu – w przypadku posiadania dzieci – wartości nw. świadczeń z trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku o zapomogę, tj.:

- świadczenia wychowawczego (Rodzina 500+) przysługującego na każde uprawnione dziecko (do ukończenia 18. roku życia) w łącznej kwocie ..... zł
- rodzinnego kapitału opiekuńczego przysługującego na drugie i każde kolejne dziecko w wieku od 12. do 35. miesiąca życia w łącznej kwocie ..... zł
- świadczenia dobry start (300+) przysługującego na każde uczące się dziecko w wieku do 20. roku życia, a w przypadku dziecka z niepełnosprawnością – do 24. roku życia, w łącznej kwocie ..... zł

**miesięczny przychód na osobę wynosi ..... zł**

3. Wydatki wykazane przez uprawnionego:

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
data i podpis pracownika ds. socjalnych

### IV. Decyzja Komisji Socjalnej:

Na posiedzeniu w dniu ..... Komisja postanowiła:<sup>2</sup>

- Przyznać zapomogę socjalną/losową<sup>3</sup> w wysokości ..... zł
  - Nie przyznać zapomogi z uwagi na: .....
- .....  
.....

Podpisy członków Komisji:

<sup>2</sup> zaznacz znakiem „X” odpowiedni kwadrat

<sup>3</sup> niewłaściwe skreślić