



**Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Drawsku Pomorskim**

ul. Starogrodzka 9, 78-500 Drawsko Pomorskie
tel. 94 36 344 21, 94 36 344 22, e-mail: opieka_drawsko@post.pl

Drawsko Pomorskie, dnia

telefon do kontaktu

PODANIE O POMOC

1. Imię i nazwisko

2. PESEL Nr dowodu osobistego

3. Adres zamieszkania

4. Adres stałego zameldowania

Proszę o przyznanie:

.....
.....

Uzasadnienie

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

.....
podpis osoby składającej podanie

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w chwili obecnej posiadam:

1. Dom / mieszkanie / działka własnościowa
2. Pojazd mechaniczny: rodzaj rocznik
3. Telewizor kolorowy rodzaj
4. Dvd – video – odtwarzacz
5. Dekoder (Gawex - Cyfrowy Polsat – NC+) (abonament)
6. Komputer/Laptop/Tablet Internet (abonament)
7. Konsola do gier (PlayStation – Xbox – inna)
8. Sprzęty zakupione w okresie ostatnich 12 m-cy

.....
podpis oświadczającego

Oświadczenie

Oświadczam, że w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku posiadałam(em) następujące źródła dochodu – odpowiednie dokumenty przedkładam pracownikowi socjalnemu:

- | | |
|---|---|
| → praca dorywcza, w tym zagranicą (podać kwotę) | → zwrot podatku dochodowego z Urzędu Skarbowego ... |
| → wynajem mieszkania | → refundacja kosztów leczenia, rehabilitacji i z innych |
| → stypendia | fundacji i instytucji..... |
| → świadczenie emerytalno-rentowe z ZUS/ KRUS | → darowizna (rzeczowa lub pieniężna)..... |
| i innych źródeł | → nadpłata centralnego ogrzewania i innych mediów |
| → świadczenia alimentacyjne | (kwota) |
| → gospodarstwo rolne | → inny rodzaj pomocy (Caritas, Związek Emerytów i |
| → dodatek mieszkaniowy | Rencistów itp.) |
| → dodatek energetyczny | → zasiłek/dodatek pielęgnacyjny |
| → działalność gospodarcza | → świadczenia rodzinne |
| → pożyczka gotówkowa lub odszkodowanie | → inne |
| → świadczenie 500+ | |

.....
podpis oświadczającego

Przyjmuję do wiadomości, że niniejsze podanie wszczyna postępowanie administracyjne w sprawie przyznania pomocy finansowej z pomocy społecznej.

.....
podpis oświadczającego

Wnioskuje o następujący sposób realizacji przyznanych świadczeń:

przelewem na mój rachunek bankowy

nazwa banku

nr rachunku bankowego:

.....

karta przedpłacona niepersonalizowana

nr rachunku bankowego

.....

.....
podpis wnioskującego



Załącznik Nr 2 do Zarządzenia Nr 3/2024
Kierownika MGOPS w Drawsku Pomorskim
z dnia 6 marca 2024 r.

**Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Drawsku Pomorskim**

ul. Starogrodzka 9, 78-500 Drawsko Pomorskie
tel. 94 36 344 21, 94 36 344 22, e-mail: opieka_drawsko@post.pl

Drawsko Pomorskie, dnia

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y

zamieszła/y

legitymująca/y się dowodem osobistym seria i numer

wydanym przez

Oświadczam także, że zostałam/em pouczone/a/y, iż zgodnie z ustawą z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego:

1. Strona ma prawo czynnego udziału w każdym stadium postępowania, a przed wydaniem decyzji posiada możliwość wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.
2. Organy administracji publicznej mogą odstąpić od zasady określonej w pkt 1 tylko w przypadkach, gdy załatwienie sprawy nie cierpi zwłoki ze względu na niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia ludzkiego albo ze względu na grożącą niepowetowaną szkodę materialną.
3. Strona posiada możliwość złożenia odpowiedzi na pismo wszczynające postępowanie i wyjaśnień na piśmie.
4. Pisma doręcza się stronie, a gdy strona działa przez przedstawiciela - temu przedstawicielowi.
5. Jeżeli strona ustanowiła pełnomocnika, pisma doręcza się pełnomocnikowi. Jeżeli ustanowiono kilku pełnomocników, doręcza się pisma tylko jednemu pełnomocnikowi. Strona może wskazać takiego pełnomocnika.
6. W sprawie wszczętej na skutek podania złożonego przez dwie lub więcej stron pisma doręcza się wszystkim stronom, chyba że w podaniu wskazały jedną jako upoważnioną do odbioru pism.
7. Strona zamieszkała za granicą lub mająca siedzibę za granicą, jeżeli nie ustanowiła pełnomocnika do prowadzenia sprawy zamieszkałego w kraju, jest obowiązana wskazać w kraju pełnomocnika do doręczeń.
8. W razie niewskazania pełnomocnika do doręczeń przeznaczone dla tej strony pisma pozostawia się w aktach sprawy ze skutkiem doręczenia.
9. Strona może działać przez pełnomocnika, chyba że charakter czynności wymaga jej osobistego działania.
10. Pełnomocnikiem strony może być osoba fizyczna posiadająca zdolność do czynności prawnych. Pełnomocnictwo powinno być udzielone na piśmie lub zgłoszone do protokołu. Pełnomocnik dołącza do akt oryginał lub urzędowo poświadczony odpis pełnomocnictwa. Adwokat, radca prawny, rzecznik patentowy, a także doradca podatkowy mogą sami uwierzytelnić odpis udzielonego im

pełnomocnictwa oraz odpisy innych dokumentów wykazujących ich umocowanie. Organ administracji publicznej może w razie wątpliwości zażądać urzędowego poświadczenia podpisu strony.

11. W toku postępowania może być przeprowadzona mediacja, jeżeli pozwala na to charakter sprawy. Regulacja dotycząca mediacji w postępowaniu administracyjnym znajduje się z art. 96a – 96n kpa.

12. Koszty wynagrodzenia i zwrotu wydatków związanych z przeprowadzeniem mediacji pokrywa organ administracji publicznej, a w sprawach, w których może być zawarta ugoda - strony w równych częściach, chyba że postanowią one inaczej. Koszty mediacji są pokrywane niezwłocznie po jej zakończeniu.

13. Do kosztów postępowania zalicza się koszty podróży i inne należności świadków i biegłych oraz stron w przypadkach przewidzianych w art. 56, koszty spowodowane oględzinami na miejscu, koszty doręczenia stronom pism urzędowych, a także koszty mediacji.

14. Minister właściwy do spraw administracji publicznej określi, w drodze rozporządzenia, wysokość wynagrodzenia mediatora za prowadzenie postępowania mediacyjnego oraz wydatki mediatora podlegające zwrotowi, biorąc pod uwagę rodzaj sprawy oraz sprawny przebieg mediacji, a także niezbędne wydatki związane z prowadzeniem mediacji.

15. Jeżeli w sprawie została przeprowadzona mediacja, organ administracji publicznej, niezwłocznie po doręczeniu protokołu z przebiegu mediacji, wydaje postanowienie w sprawie ustalenia wysokości kosztów mediacji.

.....
podpis oświadczającego

Otrzymują:

1.
2. a.a.



Załącznik nr 3 do Zarządzenia Nr 3/2024
Kierownika MGOPS w Drawsku Pomorskim
Z dnia 6 marca 2024r.

**Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Drawsku Pomorskim**
ul. Starogrodzka 9, 78-500 Drawsko Pomorskie
tel. 94 36 344 21, 94 36 344 22, e-mail: opieka_drawsko@post.pl

Drawsko Pomorskie, dnia

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y
zamieszła/y
legitymująca/y się dowodem osobistym seria nr
wydanym przez

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y przez pracownika socjalnego o obowiązkach określonych w art. 109 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej:

„Osoby i rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej oraz osoby, o których mowa w art. 61 ust. 1 pkt 2, są obowiązane niezwłocznie poinformować organ, który przyznał świadczenie lub ustalił odpłatność, o każdej zmianie w ich sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, która wiąże się z podstawą do przyznania świadczeń lub ponoszenia odpłatności. .”

.....
podpis oświadczającego

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y przez pracownika socjalnego o możliwości zrzeczenia się prawa do wniesienia odwołania zgodnie z art. 127a Kodeksu postępowania administracyjnego:

„§ 1. Przed upływem terminu do wniesienia odwołania strona może zrzec się prawa do wniesienia odwołania wobec organu administracji publicznej, który wydał decyzję.

§ 2. Z dniem doręczenia organowi administracji publicznej oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.”

.....
podpis oświadczającego

Oświadczam, że w ciągu 12 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku lub w okresie pobierania świadczenia z pomocy społecznej:

- a) nie uzyskałam/łem,
- b) uzyskałam/łem

jednorazowy dochód przekraczający pięciokrotność kwoty kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej (776,00 zł x 5) tj. 3.880,00 zł lub kryterium rodziny tj. 600,00 zł x liczba osób x 5 w wysokości..... zł (słownie.....)
z tytułu.....
powyższy dochód został uzyskany (wyplacony).....

(podać miesiąc i rok)

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
podpis oświadczającego

W związku z zapisami art. 13 oraz art. 14 Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, str. 1) (dalej: RODO) informujemy, że Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Starogrodzka 9, 78-500 Drawsko Pomorskie.

Na mocy art. 37 ust. 1 lit a) RODO Administrator Danych (AD) powołał Inspektora Ochrony Danych (IOD), który w jego imieniu nadzoruje sferę przetwarzania danych osobowych. Z IOD można kontaktować się pod adresem mail: iodo@mgopsdrawsko.pl. Informacje o tym, jak Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Drawsku Pomorskim chroni i przetwarza dane osobowe, w tym m.in. w jakich celach oraz jakie przysługują w związku z tym prawa, znajdują się w Biuletynie Informacji Publicznej Miejsko – Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Drawsku Pomorskim w zakładce: http://opiekadrawsko.nbip.pl/opiekadrawsko/?n_id=137&id=182.



**Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Drawsku Pomorskim**
ul. Starogrodzka 9, 78-500 Drawsko Pomorskie-
tel. 94 36 344 21, 94 36 344 22, e-mail: opieka_drawsko@post.pl

.....
(miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE

Ja
(imię i nazwisko)

ur. , PESEL

jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i oświadczam
co następuje1:

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

Dane powyższe podałam(em) zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Stwierdzam własnoręczność podpisu:

.....
(pieczęć i podpis potwierdzającego)

.....
(podpis oświadczającego)

¹ Art. 233 Kodeksu Karnego:

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

§ 3. Nie podlega karze za czyn określony w § 1a, kto składa fałszywe zeznanie, nie wiedząc o prawie odmowy zeznania lub odpowiedzi na pytania.

§ 6. Przepisy § 1-3 oraz 5 stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.



Załącznik Nr 5 do Zarządzenia Nr 4/2024
Kierownika MGOPS w Drawsku Pomorskim
z dnia 6 marca 2024 r.

**Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Drawsku Pomorskim**
ul. Starogrodzka 9, 78-500 Drawsko Pomorskie
tel. 94 36 344 21, 94 36 344 22, e-mail: opieka_drawsko@post.pl

..... dnia

.....
pieczęć

ZAŚWIADCZENIE

Niniejszym zaświadczam, że Pan(i)
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość) (ulica, nr domu, nr mieszkania)

jest zatrudniony(a) w.....
(nazwa zakładu pracy)

od kiedy

na stanowisku

wypłacony w ubiegłym miesiącu

Wynagrodzenie z tytułu zatrudnienia na podstawie (umowy o pracę, umowy agencyjnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło, członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych)* wynosi:

Wynagrodzenie brutto zł

Składka na ubezpieczenie zdrowotne zł
(kwota lub kreska)

Koszty uzyskania przychodu zł
(kwota lub kreska)

Składka emerytalna zł
(kwota lub kreska)

Składka rentowa zł
(kwota lub kreska)

Składka chorobowa zł
(kwota lub kreska)

Zaliczka na podatek dochodowy zł
(kwota lub kreska)

Zajęcie komornicze zł
(kwota lub kreska)

Dodatki (premia, nagroda, ekwiwalent) przysługujące do wynagrodzenia zł
(kwota lub kreska)

Dochód w wysokości netto:
słownie złotych:

.....
Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia we właściwym Ośrodku Pomocy Społecznej.

*niepotrzebne skreślić

.....
(pieczęć imienna i podpis)



Załącznik nr 14 do Zarządzenia Nr 3/2024
Kierownika MGOPS w Drawsku Pomorskim
z dnia 6 marca 2024r.

**Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Drawsku Pomorskim**
ul. Starogrodzka 9, 78-500 Drawsko Pomorskie
tel. 94 36 344 21, 94 36 344 22, e-mail: opieka_drawsko@post.pl

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE CELEM PRYZNANIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH

1. Imię i nazwisko pacjenta:

.....

2. Wiek:

3. Adres zamieszkania:

4. Osoba wymaga ze względu na stan zdrowia częściowej opieki:

Stale tak nie

Okresowo tak nie

5. Konieczność stosowania diety:

nie tak – jakiej?

6. Zdolność pacjenta do poruszania się

Po mieszkaniu..... w środowisku

7. Zalecane czynności pielęgnacyjne:

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

.....
pieczęć ZOZ

.....
pieczęć i podpis lekarza

