**WNIOSEK**

Zobowiązanego rodzica biologicznego dotyczy odstąpienia od ustalenia opłaty za pobyt dziecka w pieczy zastępczej

1. **Dane dotyczące wnioskodawcy:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Imię: | | | Imiona rodziców: | |
| 2. | Nazwisko: | | |
| 3. | Seria i Nr dokumentu potwierdzającego tożsamość: | | | | |
| 4. | Nr PESEL: | | | | |
| 5. | Adres zamieszkania: | Kod pocztowy: | Miejscowość: | | |
| Ulica: | Nr domu: | | Nr mieszkania: |
| 6. | Adres zameldowania: | Kod pocztowy: | Miejscowość: | | |
| Ulica: | Nr domu: | | Nr mieszkania: |
| 7. | Nr telefonu: | | | | |

1. **Informacje dotyczące dziecka umieszczonego w pieczy zastępczej:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Imię i nazwisko dziecka | Adres pobytu dziecka |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

1. **Oświadczenie wnioskodawcy o dochodach:**

Ja niżej podpisany (a)…………………………………………………………………………..

Zamieszkały (a)…………………………………………………………………………………

Niniejszym oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Imię | | Nazwisko | Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą | Sytuacja zdrowotna | Pozycja na rynku pracy | Źródło dochodów (utrzymania) | | |
| Rodzaj | | Wysokość |
| **Dane dotyczące wnioskodawcy** | | | | | | | | | |
| 1. | |  |  |  |  |  |  | |  |
| **Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego** | | | | | | | | | |
| 2. | |  |  |  |  |  |  | |  |
| 3. | |  |  |  |  |  |  | |  |
| 4. | |  |  |  |  |  |  | |  |
| 5. | |  |  |  |  |  |  | |  |
| 6. | |  |  |  |  |  |  | |  |
| 7. | |  |  |  |  |  |  | |  |
|  | | | | | | Razem | |  | |

Art. 233 § 1 KK –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 najbliższym, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Zapoznany z treścią wymienionego artykułu oświadczam, że przeciętny dochód przypadający na jedną osobę w mojej rodzinie obliczony za miesiąc poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi…………………

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PCPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadań, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. 933 z późn. zm.)

**Poprawność powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.**

………………………………..data…………….. …………………………………………

( miejscowość) (podpis wnioskodawcy)

1. **Alimenty świadczone przez wnioskodawcę:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Świadczy Pan/i alimenty? |  | |
| Na czyją rzecz? |  | |
| Wysokość: |  | |
| Wysokość zaległych alimentów |  | **□** dobrowolne |
| **□** na podstawie orzeczenia sądu |

1. **Sytuacja zawodowa rodziny**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Imię i nazwisko osoby bezrobotnej | Zarejestrowany w Urzędzie Pracy | Czy pobiera zasiłek dla osób bezrobotnych | Wysokość zasiłku |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |

1. **Sytuacja zdrowotna rodziny**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Osoby długotrwale chore w rodzinie | Rodzaj schorzenia | Posiadanie orzeczenia  o niepełnosprawności |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

1. **Opis sytuacji materialno – bytowej rodziny oraz uzasadnienie wniosku.**

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

**Poprawność powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.**

………………………………..data…………….. …………………………………………

( miejscowość) (podpis wnioskodawcy)

Załączniki.

1.

2.

3.

4.

5.

6.