Załącznik do programu „Pomagamy 2 - Toruński program wsparcia finansowego dla rodzin zamieszkałych na terenie Gminy Miasta Toruń i wychowujących dzieci, które uczęszczają d  niepublicznych żłobków, klubów dziecięcych albo są pod opieką dziennego opiekuna”

**data wpływu:**

**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z PROGRAMU „POMAGAMY 2 – TORUŃSKI PROGRAM WSPARCIA FINANSOWEGO DLA RODZIN ZAMIESZKAŁYCH NA TERENIE GMINY MIASTA TORUŃ I WYCHOWUJĄCYCH DZIECI, KTÓRE UCZĘSZCZAJĄ DO NIEPUBLICZNYCH ŻŁOBKÓW, KLUBÓW DZIECIĘCYCH ALBO SĄ POD OPIEKĄ   
DZIENNEGO OPIEKUNA”**

|  |
| --- |
| Organ prowadzący postępowanie: |
| Prezydent Miasta Torunia |
| Realizator: |
| Toruńskie Centrum Świadczeń Rodzinie |

**Część I**

1. **Dane osoby wnioskującej o ustalenie prawa do otrzymania świadczenia w ramach programu:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię | | Nazwisko | | |
|  | |  | | |
| Numer PESEL1 | | Obywatelstwo | | |
|  | |  | | |
| Adres zamieszkania | | | | |
| miejscowość | ulica | | nr domu | nr mieszkania |
|  |  | |  |  |
| Numer telefonu2 | | | | |
|  | | | | |

1. **Wnoszę o ustalenie prawa do świadczenia w ramach programu na:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | Imię | | Nazwisko | | | |
|  | | |  | | | |
| Numer PESEL1 | | | Obywatelstwo | | data urodzenia dd-mm-rrrr | |
|  | | |  | |  | |
| Adres zamieszkania | | | | | | |
| miejscowość | | ulica | | nr domu domu | | nr mieszkania |
|  | |  | |  | |  |

**Dla w/w dziecka jestem /wybrać właściwe/:**

* **rodzicem**
* **opiekunem prawnym**
* **opiekunem faktycznym3**
* **rodziną zastępczą**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.** | Imię | | Nazwisko | | | |
|  | | |  | | | |
| Numer PESEL1 | | | Obywatelstwo | | Data urodzenia dd-mm-rrrr | |
|  | | |  | |  | |
| Adres zamieszkania | | | | | | |
| miejscowość | | ulica | | nr domu | | nr mieszkania |
|  | |  | |  | |  |

**Dla w/w dziecka jestem /wybrać właściwe/:**

* **rodzicem**
* **opiekunem prawnym**
* **opiekunem faktycznym3**
* **rodziną zastępczą**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.** | Imię | | Nazwisko | | | |
|  | | |  | | | |
| Numer PESEL1 | | | Obywatelstwo | | Data urodzenia dd-mm-rrrr | |
|  | | |  | |  | |
| Adres zamieszkania | | | | | | |
| miejscowość | | ulica | | nr domu domu | | nr mieszkania |
|  | |  | |  | |  |

**Dla w/w dziecka jestem /wybrać właściwe/:**

* **rodzicem**
* **opiekunem prawnym**
* **opiekunem faktycznym3**
* **rodziną zastępczą**

**Część II**

1. Oświadczam, że umowa o opiekę nad dzieckiem, którą załączam do wniosku nie została rozwiązana.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami przyznawania świadczenia w ramach programu „Pomagamy 2 – Toruński program wsparcia finansowego dla rodzin zamieszkałych na terenie Gminy Miasta Toruń i wychowujących dzieci, które uczęszczają do niepublicznych żłobków, klubów dziecięcych albo są pod opieką dziennego opiekuna”.
3. Oświadczam, że powyższe dane zawarte we wniosku są prawdziwe.
4. Jestem świadomy obowiązku niezwłocznego powiadomienia podmiotu wypłacającego świadczenie o okolicznościach powodujących utratę prawa do świadczenia, tj. zgonie dziecka, zmianie miejsca zamieszkania wnioskodawcy lub dziecka, zaprzestaniu sprawowania opieki nad dzieckiem, utracie statusu opiekuna prawnego albo faktycznego, rozwiązania umowy z podmiotem prowadzącym niepubliczny żłobek albo klub dziecięcy albo dziennym opiekunem.
5. Zobowiązuję się do zwrotu świadczenia wypłaconego po wystąpieniu którejkolwiek z okoliczności powodujących utratę prawa do świadczenia.
6. Proszę o wpłatę przyznanego świadczenia na:

nr rachunku bankowego/spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

…………………………………………………………………………………………………

(nazwa banku/spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej)

nr rachunku karty przedpłaconej:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

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

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

(Miejscowość) (Data: dd / mm / rrrr) Podpis wnioskodawcy

1 jeżeli nie nadano numeru PESEL proszę podać serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

2 nie jest obowiązkowy, ale ułatwi kontakt w sprawie

3 opiekun faktyczny dziecka - oznacza to osobę faktycznie opiekującą się dzieckiem, jeżeli wystąpiła z wnioskiem do sądu rodzinnego o przysposobienie dziecka