**Wniosek o przyznanie pomocy finansowej w ramach programu osłonowego w 2023 roku pn. „Pomoc dzieciom niepełnosprawnym lub długotrwale chorym – mieszkańcom Miasta i Gminy Gołańcz w dostępie do rehabilitacji ruchowej na 2023 rok”**

**1.Dane dotyczące wnioskodawcy** (rodzica lub opiekuna prawnego dziecka niepełnosprawnego lub długotrwale i ciężko chorego).

IMIĘ.......................................................................................................................................................

NAZWISKO..........................................................................................................................................

PESEL □□□□□□□□□□□

NUMER DOWODU OSOBISTEGO: NR □□□ SERIA □□□□□□

WYDANY W DNIU............................................................

PRZEZ......................................................................................................................................................

ADRES ZAMIESZKANIA (miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy)

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

KONTAKTOWY NUMER TELEFONU..................................................................................................

**2. Dane dotyczące dziecka niepełnosprawnego lub długotrwale i ciężko chorego.**

IMIĘ............................................................................................................................................................

NAZWISKO...............................................................................................................................................

PESEL □□□□□□□□□□□

NUMER DOWODU OSOBISTEGO: NR □□□ SERIA □□□□□□

WYDANY W DNIU......................................................... \*

PRZEZ .......................................................................................................................................................

ADRES ZAMIESZKANIA (miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy)

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

*\* - w przypadku kiedy dziecko nie posiada dowodu należy wpisać „nie dotyczy”*

**3. Zwracam się z wnioskiem o przyznanie pomocy finansowej na pokrycie kosztów uczestnictwa w zabiegach rehabilitacji ruchowej dziecka (dane dziecka powyżej). Wnioskowana kwota dofinansowania:**

**........................................... zł słownie: ......................................................................................................**

Informuję, że zabiegi rehabilitacji ruchowej dziecka będą realizowane w okresie:

od ................ do.................. 2023 r. w........................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………

*(nazwa i adres placówki realizującej usługi rehabilitacji ruchowej).*

Planowana ilość godzin zabiegów rehabilitacji ruchowej wynosi ................ godzin miesięcznie.

**4. Informacja na temat otrzymywanej pomocy na cele wskazane we wniosku (rodzaj pomocy, wysokość pomocy, podstawa przyznania pomocy (np. umowa), okres na jaki została przyznana pomoc):**

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

**Do wniosku dołączam:**

- kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,

- zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka,

- skierowanie od lekarza specjalisty/lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,

 - oświadczenie o wysokości dochodu netto na osobę w rodzinie osiągniętego w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku,

- dane mojego rachunku bankowego na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku:

Nazwa Banku: ……………………………………………………………………………………………

Nr rachunku: ……………………………………………………………………………………………..

- oświadczenie o dochodach w rodzinie wg wzoru jak poniżej:

Oświadczam, że rodzina dziecka niepełnosprawnego/długotrwale i ciężko chorego ubiegająca się o pomoc finansową składa się z niżej wymienionych osób, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym i w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku członkowie rodziny uzyskali następujące dochody (netto):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Stopień pokrewieństwa | Dochód miesięczny netto |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
|  DOCHÓD RODZINNY OGÓŁEM |

Ja niżej podpisany(a), uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy, zagrożonych karą pozbawienia wolności do lat 3, oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla celów związanych z przyznaniem pomocy finansowej zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883 z późn. zmianami).

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dot. RODO, stanowiącą załącznik do niniejszego wniosku.

Oświadczam, iż zapoznałem się ze szczegółowymi zasadami udzielania pomocy finansowej w ramach programu osłonowego w 2023 roku pn. „Pomoc dzieciom niepełnosprawnym lub długotrwale chorym – mieszkańcom Miasta i Gminy Gołańcz w dostępie do rehabilitacji ruchowej na 2023 rok”.

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

 *(data i czytelny podpis wnioskodawcy)*