

**data wpływu:**

**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z PROGRAMU „POMAGAMY - TORUŃSKI PROGRAM WSPARCIA RODZIN WYCHOWUJACYCH DZIECI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ ZAMIESZKUJĄCYCH NA TERENIE GMINY MIASTA TORUŃ W LATACH 2024-2028”**

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 PESEL <sup>3)</sup>		Obywatelstwo	
Adres zamieszkania			
Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr mieszkania
Numer telefonu <sup>4)</sup>		Adres poczty elektronicznej <sup>4)</sup>	

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

<b>1.</b>	Imię	Nazwisko	
	Numer PESEL <sup>3)</sup>	Obywatelstwo	Data urodzenia dd-mm-rrrr
Adres zamieszkania			
Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr mieszkania

**Dla w/w dziecka jestem<sup>5)</sup>:**

- rodzicem
- opiekunem prawnym
- opiekunem faktycznym<sup>6)</sup>
- rodziną zastępczą

<sup>3)</sup> Jeżeli nie nadano numeru PESEL proszę podać serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

<sup>4)</sup> Nie jest konieczny, ale ułatwi kontakt w sprawie.

<sup>5)</sup> Wybierz właściwe.

<sup>6)</sup> Opiekunem faktycznym dziecka - oznacza to osobę faktycznie opiekującą się dzieckiem, jeżeli wystąpiła z wnioskiem do sądu rodzinnego o przysposobienie dziecka.

<b>2.</b>	Imię		Nazwisko	
Numer PESEL <sup>3</sup>		Obywatelstwo	Data urodzenia dd-mm-rrrr	
Adres zamieszkania				
Miejscowość	Ulica		Nr domu	Nr mieszkania

**Dla w/w dziecka jestem<sup>5</sup>:**

- rodzicem**
- opiekunem prawnym**
- opiekunem faktycznym<sup>6</sup>**
- rodziną zastępczą**

<b>3.</b>	Imię		Nazwisko	
Numer PESEL <sup>3</sup>		Obywatelstwo	Data urodzenia dd-mm-rrrr	
Adres zamieszkania				
Miejscowość	Ulica		Nr domu	Nr mieszkania

**Dla w/w dziecka jestem<sup>5</sup>:**

- rodzicem**
- opiekunem prawnym**
- opiekunem faktycznym<sup>6</sup>**
- rodziną zastępczą Część II**

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami przyznawania świadczenia w ramach programu „POMAGAMY” .

2. Oświadczam, że powyższe dane zawarte we wniosku są prawdziwe.

3. 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, orzeczenia sądu o rozwiązaniu rodziny zastępczej dla dziecka.

4. Zobowiązuję się do zwrotu świadczenia wypłaconego po wystąpieniu którejkolwiek z okoliczności powodujących utratę prawa do świadczenia.

