

Załącznik Nr 2 do uchwały Nr 1179/23

Rady Miasta Torunia

z dnia 19 października 2023 r.

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 ³⁾		Obywatelstwo	
Adres zamieszkania			
Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr mieszkania
Numer telefonu ⁴⁾		Adres poczty elektronicznej ⁴⁾	

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

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

Dla w/w dziecka jestem⁵⁾:

- rodzicem
- opiekunem prawnym
- opiekunem faktycznym⁶⁾
- rodziną zastępczą

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

⁴⁾ Nie jest konieczny, ale ułatwi kontakt w sprawie.

⁵⁾ Wybierz właściwe.

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

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

Dla w/w dziecka jestem⁵:

- rodzicem
- opiekunem prawnym
- opiekunem faktycznym⁶
- rodziną zastępczą

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

Dla w/w dziecka jestem⁵:

- rodzicem
- opiekunem prawnym
- opiekunem faktycznym⁶
- 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.

5. Proszę o wpłatę przyznanego świadczenia na⁵:

- następujący nr rachunku bankowego/w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
(nazwa banku/spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej)

- następujący nr rachunku karty przedpłaconej:

