ROPS KRAKÓW REGIONALNY OŚRODEK POLITYKI SPOŁECZNEJ INSTYTUCJA WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO

MAŁOPOLSKA

WNIOSEK O USTALENIE ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO „ MAŁOPOLSKA NIANIA 3.0''

1. **Dane osoby ubiegającej się o ustalenie prawa do Świadczenia Małopolska Niania w formie decyzji administracyjnej**

Imię	**Nazwisko**	
Numer PESEL*	**Stan cywilny**	**Obywatelstwo**
Miejsce zamieszkania		
Miejscowość		**Kod pocztowy**
Numer domu	**Numer mieszkania**	**Numer telefonu**

A. Dziecko

Imię		**Nazwisko**	**Płeć**
			□kobieta □mężczyzna
Numer PESEL*	**Stan cywilny**	**Obywatelstwo**	**Data urodzenia (dd-mm-rrrr)**

B. Niania

Imię		**Nazwisko**	**Płeć**
			□kobieta □mężczyzna
Numer PESEL*	**Stan cywilny**	**Obywatelstwo**	**Data urodzenia (dd-mm-rrrr)**

2. **Dane członków rodziny:**

a) **W skład mojej rodziny zgodnie z ww. definicją wchodzą**:

Lp.	Imię i Nazwisko	Stopień Pokrewieństwa	PESEL*	Orzeczenie o Niepełnosprawności TAK/NIE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

* W przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL, należy podać numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość.

Do wniosku dołączam następujące dokumenty (oświadczenia są także dokumentami):

1) .....

2) .....

3) .....

Proszę o wpłatę świadczenia wychowawczego na następujący nr rachunku bankowego

		-					-					-					-					-					-				

w banku……..

(nazwa banku)

Oświadczenia:

1. zapoznałem się z INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH KLIENTÓW Urzędu Gminy Zawoja i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych moich niepełnoletnich dzieci, zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do procesu weryfikacji dotyczącego przyznawania świadczenia pieniężnego w postaci „Małopolskiej Niania 3.0".

2. Oświadczam, iż zapoznałem/am się z regulaminem przyznawania świadczenia „Małopolska Niania 3.0" stanowiący załącznik do Uchwały Nr IV/51/2024 Rady Gminy Zawoja z dnia 14.08.2024r.

3. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte we Wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia niniejszego oświadczenia.

4. W przypadku zmian sytuacji zawodowej i rodzinnej mających wpływ na prawo do świadczenia zobowiązuję się natychmiast powiadomić o tym fakcie organ

wypłacający świadczenie

5. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

6. Zostałem poinformowany o konieczności zwrotu świadczeń uznanych za świadczenia nienależne pobrane.

.....

(miejscowość, data i podpis osoby ubiegającej się)