**Załącznik nr 1 do**

***Regulaminu odpłatności za posiłki w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym Nr 2***

***w Warszawie***

…………………………………………………………….

*(miejscowość, data)*

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

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

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

*(adresat)*

**Wniosek w sprawie zwolnienia z opłat za posiłki**

*(wniosek dotyczy wychowanek, które nie kwalifikują się do pomocy w postaci bezpłatnych posiłków*

*finansowanych z pomocy społecznej)*

1. **Dane wnioskodawcy**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię wnioskodawcy |   |
| Wnioskodawca jest: | * rodzicem / opiekunem prawnym ucznia
* inną pełnoletnią osobą
 |
| Adres zamieszkania wnioskodawcy | miejscowość |  |
| ulica/nr |  |
| kod pocztowy |  |

1. **Dane wychowanki, której zwolnienie dotyczy**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię  |  |
| Adres zamieszkania wychowanki | miejscowość |  |
| ulica/nr  |  |
| kod pocztowy |  |

1. **Przesłanki uzasadniające zwolnienie**
2. **Miesięczna wysokość dochodu na osobę w rodzinie (netto):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwisko i imię członka rodziny** | **Stopień pokrewieństwa** | **Miesięczna wysokość dochodu w złotych** | **w tym:** |
| **Ze stosunku pracy** | **Z pozarolniczej działalności gospodarczej** | **Z innych tytułów (np.: darowizny, zasiłki, emerytury, renty, umowy zlecenia, najmu itp.)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Łączny miesięczny dochód w rodzinie** |  |
| **Ilość osób w rodzinie** |  |  |
| **Łączny miesięczny dochód w rodzinie na 1 osobę** |  |

1. **Inne przesłanki uzasadniające zwolnienie:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Wnioskowane zwolnienie**
2. **całkowite**
3. **częściowe tj. obniżenie opłaty o …..… %**
4. **Wnioskowany okres zwolnienia**

**Od dnia ………………………..……. do dnia ………………..……………..**

1. **Przyczyny uniemożliwiające dofinansowanie wychowance posiłków w stołówce w ramach systemu pomocy społecznej.**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

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

**(miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy)**

**W załączeniu:**

* 1. **……………………………………………………..**
	2. **……………………………………………………..**
	3. **……………………………………………………..**
	4. **……………………………………………………..**
	5. **……………………………………………………..**
	6. **……………………………………………………..**