WNIOSEK O UDZIAŁ

w Gminnym Programie Wsparcia Rodzin „Razem od Pierwszych Chwil” na lata 2026–2029

I. Dane osoby składającej wniosek

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania:.....

Telefon kontaktowy:.....

Adres e-mail:.....

II. Rodzaj usługi, z której osoba chce skorzystać

☐ **Pobyt po porodzie w Pokoju Rodzinnym**, umożliwiający wspólny pobyt matki, noworodka oraz osoby bliskiej.

Nazwa i siedziba podmiotu realizującego usługę:.....
.....

III. Potwierdzenie spełnienia warunku uczestnictwa w Programie

Oświadczam, że warunkiem uczestnictwa w Programie jest posiadanie ważnej Karty Mieszkańca Gminy Kołobrzeg.

1. Kobieta po urodzeniu dziecka

Imię i nazwisko:
.....

Nr Karty Mieszkańca Gminy Kołobrzeg:
.....

Adres zamieszkania:
.....

2. Osoba bliska uczestnicząca we wspólnym pobycie

Imię i nazwisko:
.....

Nr Karty Mieszkańca Gminy Kołobrzeg:
.....

Adres zamieszkania:
.....

IV. Oświadczenia osoby składającej wniosek

Oświadczam, że:

1. dane podane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;
2. posiadam ważną Kartę Mieszkańca Gminy Kołobrzeg;
3. zapoznałam/em się z Regulaminem realizacji Gminnego Programu Wsparcia Rodzin „Razem od Pierwszych Chwil" na lata 2026–2029 i akceptuję jego postanowienia;
4. przyjmuję do wiadomości, że przyznanie wsparcia uzależnione jest od spełnienia warunków udziału w Programie oraz dostępności środków finansowych zabezpieczonych na jego realizację;
5. przyjmuję do wiadomości, że koszty usługi przekraczające wysokość przyznanego wsparcia ponoszę we własnym zakresie;
6. zostałam/em poinformowana/y o zasadach przetwarzania moich danych osobowych w związku z realizacją Programu.

Data: .....

Podpis osoby składającej wniosek:

.....

V. Wypełnia Gmina Kołobrzeg

1. Weryfikacja spełnienia warunków udziału w Programie

☐ Wniosek kompletny

☐ Wniosek wymaga uzupełnienia

☐ Wnioskodawca spełnia warunki udziału w Programie

☐ Wnioskodawca nie spełnia warunków udziału w Programie

Uwagi:

.....

.....

2. Rozstrzygnięcie

☐ Zakwalifikowano do udziału w Programie

☐ Nie zakwalifikowano do udziału w Programie

Przyznana kwota wsparcia: ..... zł

Uzasadnienie / uwagi:

.....

.....

Osoba dokonująca weryfikacji:

.....

Data: .....

Podpis:

.....

.....