

.....
/data wpływu wniosku/

WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM SZKOLNEGO

Zgodnie z art. 90 b ust. 3 ustawy z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty ((Dz. U. z 2018 r. poz. 1457 z późn. zm.) pomoc materialna przysługuje:

- 1) uczniom szkół publicznych, niepublicznych i niepublicznych szkół artystycznych o uprawnieniach publicznych szkół artystycznych oraz słuchaczom kolegiów pracowników służb społecznych –do czasu ukończenia kształcenia, nie dłużej jednak niż do ukończenia 24. roku życia;
- 2)wychowankom publicznych i niepublicznych ośrodków rewalidacyjno-wychowawczych – do czasu ukończenia realizacji obowiązku nauki.

zwanych w dalszej części „uczniami” .

CZĘŚĆ A (WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA)

I. WNIOSKODAWCA

- RODZIC/OPIEKUN PRAWNY UCZNIĄ PEŁNOLETNI UCZEŃ

II. DANE WNIOSKODAWCY

1. Imię i nazwisko
2. Adres zameldowania
3. Adres zamieszkania
4. Nr telefonu

III. DANE UCZNIĄ

1. Imię i nazwisko
2. Imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego
3. Imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego
4. Data urodzenia
5. Miejsce zamieszkania
6. PESEL

Informacja o szkole do której uczęszcza uczeń (wypełnia szkoła)

Nazwa szkoły	
Adres szkoły	
Klasa, do której uczęszcza uczeń	
..... (pieczęć szkoły) (pieczęć i podpis dyrektora szkoły)

IV. SYTUACJA SPOŁECZNA W RODZINIE (właściwe zaznaczyć)RODZINA JEST PEŁNA: TAK NIE

W RODZINIE WYSTĘPUJE (właściwe zaznaczyć)		
1.	BEZROBOCIE	<input type="checkbox"/>
2.	NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ	<input type="checkbox"/>
3.	CIEŻKA LUB DŁUGOTRWAŁA CHOROBA	<input type="checkbox"/>
4.	WIELODZIETNOŚĆ	<input type="checkbox"/>
5.	BRAK UMIEJĘTNOŚCI WYKONYWANIA FUNKCJI OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZEJ	<input type="checkbox"/>
6.	ALKOHOLIZM	<input type="checkbox"/>
7.	NARKOMANIA	<input type="checkbox"/>
8.	ZDARZENIE LOSOWE	<input type="checkbox"/>
9.		<input type="checkbox"/>

V. DEKLARACJA O OSIĄGANYM DOCHODZIE ¹ za miesiąc poprzedzający złożenie wniosku**Oświadczam, że:****a. gospodarstwo domowe ucznia składa się z następujących osób:***(przez gospodarstwo domowe rozumie się wszystkie osoby spokrewnione lub niespokrewnione, razem mieszkające i gospodarujące)*

Lp.	IMIĘ I NAZWISKO	DATA URODZENIA	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA W STOSUNKU DO WNIOSKODAWCY
1.			
2.			
3.			

¹ Dochód oblicza się w sposób wskazany w Ustawie o pomocy społecznej

4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			

b. źródła dochodu wymienionych powyżej kolejno członków gospodarstwa domowego ucznia –uzyskane w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia niniejszego wniosku

Lp.	ŹRÓDŁO DOCHODU	TAK*	NIE*	Wysokość dochodu**	SPOSÓB DOKUMENTOWANIA DOCHODU
1.	Wynagrodzenie ze stosunku pracy				Zaświadczenie lub oświadczenie
2.	Emerytura				Zaświadczenie
3.	Renta inwalidzka, rodzinna				Zaświadczenie
4.	Renta socjalna				Zaświadczenie
5.	Umowy o dzieło, umowy zlecenia				Zaświadczenie lub oświadczenie
6.	Dodatek pielęgnacyjny				Zaświadczenie
7.	Stypendia				Zaświadczenie lub oświadczenie
8.	Zasiłek dla bezrobotnych				Zaświadczenie lub oświadczenie
9.	Dochody z gospodarstwa rolnego				Zaświadczenie lub oświadczenie
10.	Dochody z działalności gospodarczej				Zaświadczenie lub oświadczenie
11.	Alimenty				Zaświadczenie lub oświadczenie
12.	Inne dochody (<i>np praca dorywcza itp</i>)				Zaświadczenie lub oświadczenie
13.	Zasiłek rodzinny i dodatki do zasiłku rodzinnego				Nie wymaga udokumentowania jeżeli jest wypłacany przez GOPS w Suchożebrach
14.	Zasiłek pielęgnacyjny				Nie wymaga udokumentowania jeżeli jest wypłacany przez GOPS w Suchożebrach
15.	Świadczenie pielęgnacyjne				Nie wymaga udokumentowania jeżeli jest wypłacany przez GOPS w Suchożebrach
16.	Świadczenia z funduszu alimentacyjnego				Nie wymaga udokumentowania jeżeli jest wypłacane przez GOPS w Suchożebrach
17.	Dodatek mieszkaniowy				Nie wymaga udokumentowania jeżeli jest wypłacany przez GOPS w Suchożebrach
18.	Inne świadczenia płacone z GOPS				Nie wymaga udokumentowania jeżeli jest wypłacany przez GOPS w Suchożebrach
20.	Suma dochodów				

ALIMENTY ŚWIADCZONE NA RZECZ INNYCH OSÓB			
Lp.	Imię i nazwisko osoby zobowiązanej do alimentów	Imię i nazwisko osoby uprawnionej do alimentów, stopień pokrewieństwa względem zobowiązanego	Wysokość świadczenia
1.			

2.			
3.			
ŁĄCZNE ZOBOWIĄZANIA:			

* / Odpowiednie pole zaznaczyć „ X ”

**/Proszę wpisać wysokość netto poszczególnych dochodów z uwzględnieniem dochodów wszystkich członków znajdujących się we wspólnym gospodarstwie domowym wykazanych w tabeli w części a

c. zobowiązania ponoszone przez członków gospodarstwa domowego:

VI. POŻĄDANA FORMA ŚWIADCZENIA POMOCY MATERIALNEJ INNA NIŻ FORMA PIENIĘŻNA (dokładnie zaznaczyć i **szczegółowo** uzupełnić)

A.	całkowite lub częściowe pokrycie kosztów udziału w zajęciach edukacyjnych wykraczających poza zajęcia realizowane w szkole w ramach planu nauczania, w szczególności wyjazdy do teatru, na basen, na wycieczki szkolne, zielone szkoły itp.	<input type="checkbox"/>
B.	całkowitego lub częściowego pokrycia kosztów udziału w zajęciach edukacyjnych realizowanych poza szkołą, a w szczególności nauki języków obcych, zajęć muzycznych, komputerowych, sportowych itp.	<input type="checkbox"/>
C.	pomoc rzeczowa o charakterze edukacyjnym, a w szczególności zakup: podręczników, lektur szkolnych, encyklopedii, słowników i innych książek pomocniczych do realizacji procesu dydaktycznego, zeszytów, długopisów, piórników, plecaków itp., stroju sportowego i innego wyposażenia wymaganego przez szkołę	<input type="checkbox"/>
D.	Całkowitego lub częściowego pokrycia kosztów związanych z pobieraniem nauki poza miejscem zamieszkania w odniesieniu do ucznia szkół ponadgimnazjalnych oraz słuchaczy kolegów*	<input type="checkbox"/>

* dotyczy tylko uczniów szkół ponadgimnazjalnych oraz słuchaczy kolegów, o których mowa w art. 90d ust. 3 ustawy o systemie oświaty

VII. UCZEŃ OTRZYMUJE/STARA SIĘ W ROKU SZKOLNYM/..... O INNE STYPENDIA O CHARAKTERZE SOCJALNYM ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH (właściwie zaznaczyć)

TAK (należy uzupełnić poniższą tabelę)

NIE

1.	NAZWA INSTYTUCJI, KTÓRA PRZYZNAŁA STYPENDIUM	
2.	MIESIĘCZNA WYSOKOŚĆ STYPENDIUM	
3.	OKRES, NA KTÓRY PRZYZNANO STYPENDIUM	od roku do roku

.....
(data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

**Kierownik
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Suchożebrych**

INFORMACJA

I.

Administratorem Państwa danych osobowych jest: Gmina Suchożebry, reprezentowana przez Wójta Gminy Suchożebry, ul. Aleksandry Ogińskiej 11, 08-125 Suchożebry, tel. (25) 631-45-15

Inspektorem Ochrony Danych (IOD) jest p. Stefan Książek, iod-sk@tbsiedlce.pl.

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Suchożebrych, ul. Aleksandry Ogińskiej 11, 08-125 Suchożebry, tel. (25) 631-46-57 przetwarza Państwa dane na zlecenie Administratora w celu realizacji zadań związanych ze stypendiami szkolnymi.

Przysługuje Pani/Panu, z wyjątkami zastrzeżonymi przepisami prawa, możliwość dostępu do danych osobowych jej dotyczących, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Informacje o szczegółach podstawy gromadzenia danych osobowych, konsekwencjach niepodania danych, terminach przechowywania, odbiorcach i podmiotach przetwarzających znajdują Państwo w Klauzuli informacyjnej zamieszczonej na: <http://gops.suchozebry.pl/> lub w siedzibie GOPS.

II.

Jednocześnie informuję, że:

- ◆ Zgodnie z art.10 § 1 kodeksu postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2018r. poz. 2096 z późn. zm.) przysługuje Panu/i/ prawo czynnego udziału w prowadzonym przez tut. GOPS postępowaniu, a przed wydaniem decyzji ma Pan/i/ prawo wypowiedzieć się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań,
- ◆ Może Pan/i/ zapoznać się z dokumentacją posiadaną przez tut. GOPS w prowadzonej w/w sprawie (GOPS w Suchożebrych), sporządzać z akt sprawy notatki, odpisy oraz żądać uwierzytelnienia sporządzonych przez siebie odpisów z akt sprawy lub wydania z akt sprawy uwierzytelnionych odpisów, o ile jest to uzasadnione Pana/i/ ważnym interesem (art. 73 §1 i §2 kodeksu postępowania administracyjnego),
- ◆ W toku prowadzenia postępowania zobowiązany/a/ jest Pan/i/ zawiadomić tut. GOPS o każdorazowej zmianie swego adresu. W przypadku zaniechania tego obowiązku doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem będzie miało skutek prawny (art. 41 kodeksu postępowania administracyjnego).

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości w/w informacje i rozumiem ich treść.

.....
(podpis osoby udzielającej informacji)

.....
(data i podpis osoby przyjmującej do wiadomości informację)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku, dla celów związanych z przyznaniem pomocy materialnej o charakterze socjalnym.

.....
(data)

.....
(podpis rodzica/prawnego opiekuna
lub pełnoletniego ucznia)

Wyliczenie (wypełnia organ przyznający świadczenie)

Łączny miesięczny dochód w rodzinie	
Ilość członków w rodzinie	
Dochód miesięczny na osobę	
Wyliczone stypendium socjalne	
Suma stypendium	