

Ośrodek Pomocy Społecznej w Łazach
42-450 Łazy, ul. Pocztowa 14

.....
data wpływu, nr wniosku, podpis przyjmującego

WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM SZKOLNEGO

w roku szkolnym...../.....

dla ucznia zamieszkałego na terenie Gminy Łazy

Zgodnie z art 90 b ust. 3 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty 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.

CZĘŚĆ A (wypełnia wnioskodawca)

1. Dane wnioskodawcy:

- rodzic/opiekun prawny pełnoletni uczeń dyrektor
właściwe zaznaczyć znakiem „x”

Imię i nazwisko.....

Miejsce zamieszkania.....

.....
adres placówki, jeżeli wnioskodawcą jest dyrektor

PESEL.....

Telefon kontaktowy

2. Dane osobowe ucznia oraz poświadczenie o uczęszczaniu do szkoły:

UCZEŃ:	KLASA (podać typ szkoły)	PIECZĄTKA ADRESOWA SZKOŁY , OŚRODKA
1. Nazwisko i imię ucznia, adres zamieszkania:		
PESEL		
2. Nazwisko i imię ucznia, adres zamieszkania:		
PESEL		

3. Nazwisko i imię ucznia, adres zamieszkania:		
PESEL		
4. Nazwisko i imię ucznia, adres zamieszkania:		
PESEL		

3. Informacje o wszystkich osobach pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym oraz o ich dochodach:

L.p	Imię i nazwisko	PESEL	Stopień pokrewieństwa w stosunku do ucznia	Miejsce pracy/nauki
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

Liczba osób w rodzinie: osób.

4. Uzasadnienie przyznania pomocy:

Złożenie wniosku uzasadniam trudną sytuacją materialną wynikającą w szczególności z występowania:

- bezrobocia,
- niepełnosprawność,
- ciężka lub długotrwała choroba,
- wielodzietność
- braku umiejętności wypełniania funkcji opiekuńczo – wychowawczych,
- alkoholizm

- narkomania
 - niepełna rodzina
 - inna, szczególna sytuacja
-
-
-

5. Wszystkie źródła dochodu wymienionych członków gospodarstwa domowego ucznia – uzyskane w **miesiącu poprzedzającym** złożenie niniejszego wniosku

Lp	ŹRÓDŁO DOCHODU	TAK (należy wpisać kwotę netto)	NIE	SPOSÓB UDOKUMENTOWANIA DOCHODU (właściwe podkreślić)
1.	Wynagrodzenie ze stosunku pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zaświadczenie lub oświadczenie
2.	Emerytura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zaświadczenie lub oświadczenie
3.	Renta Inwalidzka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zaświadczenie lub oświadczenie
4.	Zasiłek chorobowy ZUS/KRUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zaświadczenie lub oświadczenie
5.	Umowy o dzieło, umowy zlecenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zaświadczenie lub oświadczenie
6.	Dodatek pielęgnacyjny ZUS/KRUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zaświadczenie lub oświadczenie
7.	Stypendia, staże	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zaświadczenie lub oświadczenie
8.	Zasiłek dla bezrobotnych PUP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zaświadczenie lub oświadczenie
9.	Dochody z gospodarstwa rolnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zaświadczenie lub oświadczenie
10.	Dochody z działalności gospodarczej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zaświadczenie lub oświadczenie
11.	Alimenty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zaświadczenie lub oświadczenie
12.	Inne dochody (np. praca dorywcza, pomoc finansowa od rodziny...itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zaświadczenie lub oświadczenie
13.	Zasiłek rodzinny i dodatki do zasiłku rodzinnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie wymaga udokumentowania, jeżeli jest wypłacany przez OPS Łąży
14.	Świadczenie rodzicielskie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie wymaga udokumentowania, jeżeli jest wypłacany przez OPS Łąży

15.	Zasiłek okresowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie wymaga udokumentowania, jeżeli jest wypłacany przez OPS Łazy
16.	Zasiłek stały	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie wymaga udokumentowania, jeżeli jest wypłacany przez OPS Łazy
17.	Zasiłek pielęgnacyjny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie wymaga udokumentowania, jeżeli jest wypłacany przez OPS Łazy
18.	Świadczenie pielęgnacyjne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie wymaga udokumentowania, jeżeli jest wypłacany przez OPS Łazy
19.	Specjalny zasiłek opiekuńczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie wymaga udokumentowania, jeżeli jest wypłacany przez OPS Łazy
20.	Zasiłek dla opiekuna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie wymaga udokumentowania, jeżeli jest wypłacany przez OPS Łazy
21.	Świadczenia z funduszu alimentacyjnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie wymaga udokumentowania, jeżeli jest wypłacany przez OPS Łazy
22.	Dodatek mieszkaniowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie wymaga udokumentowania, jeżeli jest wypłacany przez OPS Łazy
Łączny miesięczny dochód netto rodziny				
Dochód miesięczny na jedną osobę w rodzinie				

6. Alimenty świadczone przez członka/członków gospodarstwa domowego na rzecz innych osób na podstawie orzeczenia sądu i potwierdzeń zapłaty:

ALIMENTY ŚWIADCZONE NA RZECZ INNYCH OSÓB			
Lp.	Imię i nazwisko osoby zobowiązanej do alimentów	Imię i nazwisko osoby uprawnionej do alimentów i stopień pokrewieństwa wobec osoby zobowiązanej	Wysokość świadczenia
1.			
2.			
3.			

Uczeń, wychowanek ubiegający się o stypendium szkolne otrzymuje/ nie otrzymuje* inne stypendium o charakterze socjalnym ze środków publicznych przyznane przez.....w wysokości.....na okres

*** *niepotrzebne skreślić*

Do wniosku należy załączyć dokumenty (w tym zaświadczenia i oświadczenia) stosowne do rodzaju wskazanego źródła dochodu określające wysokość ewentualnych dochodów wszystkich osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

7. Pożądana forma świadczenia pomocy materialnej inna niż forma pieniężna (*właściwe zaznaczyć znakiem X*):

- całkowite lub częściowe pokrycie kosztów udziału w zajęciach edukacyjnych, w tym wyrównawczych, wykraczających poza zajęcia realizowane w szkole w ramach planu nauczania, a także udziału w zajęciach edukacyjnych realizowanych poza szkołą;
- pomoc rzeczowa o charakterze edukacyjnym, w tym w szczególności zakup podręczników;
- całkowite lub częściowe pokrycie kosztów związanych z pobieraniem nauki poza miejscem zamieszkania – uczniowie szkół ponadpodstawowych

Załączone do wniosku dokumenty:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4).....

.....
(*miejsceowość, data*)

.....
(*czytelny podpis wnioskodawcy*)

**OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z PRZYSŁUGUJĄCYMI PRAWAMI
W KONTEKŚCIE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH**

Oświadczam, że zapoznałem się z opisanymi poniżej zasadami ochrony danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) oraz przepisami wewnętrznymi ustawodawstwa krajowego.

Administratorem Danych Osobowych w Ośrodku Pomocy Społecznej w Łazach, ul. Poczтовая 14 jest Dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej.

Inspektor Ochrony Danych - IOD, tel. 32-6729571, e-mail: iod@opslazy.pl lub Poczta na adres: Ośrodek Pomocy Społecznej w Łazach, ul. Poczтовая 14, 42-450 Łazy.

Cel przetwarzania danych osobowych – wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 pkt c) RODO) zgodnie z dokumentacją składaną przez Świadczeniobiorcę.

Zbierane dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcom kategorii danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru danych i tylko na podstawie przepisów prawa.

Okres przechowywania danych osobowych - do momentu ustania przydatności, zgodnie ze stosownymi przepisami wynikającymi ze stosowanych Ustaw. Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) oraz przepisami wewnętrznymi ustawodawstwa krajowego **osoba udostępniająca swoje dane ma prawo do:** dostępu do swoich danych osobowych na wniosek, w tym uzyskania kopii tych danych, sprostowania lub uzupełnienia swoich danych na wniosek, wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do udzielenia pomocy / przyznania świadczeń.

.....
(data i podpis osoby udostępniającej dane)

CZĘŚĆ C (wypełnia podmiot realizujący świadczenia)

INFORMACJA O WERYFIKACJI FORMALNEJ I MERYTORYCZNEJ

Łączny dochód rodziny w miesiącu:r.	Wyniósł:
Liczba członków rodziny:	Dochód rodziny w przeliczeniu na osobę:
Wnioskodawca spełnia kryteria przyznania pomocy: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Przyznana wysokość stypendium na rok szkolny/.....:	
Uwagi:	
..... (podpis osoby dokonującej weryfikacji)	