

WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM SZKOLNEGO
(świadczenia pomocy materialnej o charakterze socjalnym)
w roku szkolnym 2018/2019 dla ucznia/uczniów zamieszkałego/zamieszkałych
na terenie Gminy Kozy

CZĘŚĆ A

I. WNIOSKODAWCA

RODZIC/OPIEKUN PRAWNY UCZNIĄ PEŁNOLETNI UCZEŃ DYREKTOR SZKOŁY

II. DANE WNIOSKODAWCY

1. Imię i nazwisko
2. Adres zamieszkania¹
3. Nr telefonu
4. Nr konta

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | - | | | | - | | | | - | | | | - | | | | - | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

numer rachunku bankowego na które ma być przekazane stypendium – obowiązkowe

właścicielem rachunku jest

III. WYSTĘPUJĘ O PRZYZNANIE STYPENDIUM SZKOLNEGO DLA:

1. Imię i nazwisko:

PESEL

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Miejsce zamieszkania:
.....

Nazwa i adres szkoły: Klasa:
.....
.....

2. Imię i nazwisko:

PESEL

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Miejsce zamieszkania:
.....

Nazwa i adres szkoły: Klasa:
.....
.....

3. Imię i nazwisko:

PESEL

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

¹ nie wypełniać w przypadku, gdy wnioskodawcą jest dyrektor szkoły

Miejsce zamieszkania:

.....

Nazwa i adres szkoły: Klasa:

.....

.....

4. Imię i nazwisko:

PESEL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Miejsce zamieszkania:

.....

Nazwa i adres szkoły: Klasa:

.....

.....

5. Imię i nazwisko:

PESEL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Miejsce zamieszkania:

.....

Nazwa i adres szkoły: Klasa:

.....

.....

IV. SYTUACJA RODZINNA UCZNIA:

| Lp. | Imię i nazwisko | Pesel | Stopień pokrewieństwa | Źródło dochodu |
|-----|-----------------|-------|-----------------------|----------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |
| 11. | | | | |

V. DEKLARACJA O OSIĄGANYM DOCHODZIE ²

Źródła dochodu netto w rodzinie z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku (do oświadczenia należy dołączyć odrębne zaświadczenia o dochodach dla każdej osoby wymienionej w pkt. 4):

| Lp. | Rodzaj dochodu | Kwota |
|-----|---|-------|
| 1. | Wynagrodzenie za pracę (łącznie kwota) | |
| 2. | Świadczenia rodzinne | |
| 3. | Emerytury, renty inwalidzkie i rodzinne, w tym również zagraniczne, świadczenia przedemerytalne | |

² Dochód oblicza się w sposób wskazany w Ustawie o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r.

| | | |
|-----|--|--|
| 4. | Stałe lub okresowe zasiłki z pomocy społecznej | |
| 5. | Dodatek mieszkaniowy i energetyczny | |
| 6. | Alimenty i świadczenia alimentacyjne | |
| 7. | Zasiłek dla bezrobotnych | |
| 8. | Dochody z gospodarstwa rolnego | |
| 9. | Dochody z działalności gospodarczej | |
| 10. | Pobierane stypendia o charakterze socjalnym ze środków publicznych (miesięczna kwota stypendium) | |
| 11. | Inne dochody | |
| | DOCHÓD RAZEM | |
| | Dochód miesięczny na jedną osobę w rodzinie | |

W załączeniu przedkładam odpowiednie dokumenty potwierdzające dochody rodziny:

1. Zaświadczenie/ oświadczenie o zarobkach w ilości
2. Decyzja ZUS/KRUS o świadczeniach rentowych, emerytalnych;
3. Kserokopie decyzji w sprawie przyznania dodatku mieszkaniowego;
4. Kserokopie wyroku przyznającego alimenty;
5. Decyzja o zarejestrowaniu w Powiatowym Urzędzie Pracy;
6. Zaświadczenie ze szkoły potwierdzające uczęszczanie dziecka do szkoły;
7. Inne dokumenty:.....

Zobowiązania ponoszone przez członków gospodarstwa domowego:

| 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: | | | |

VI. SYTUACJA SPOŁECZNA RODZINY UCZNIĄ

- Bezrobocie Niepełnosprawność Ciężka choroba
 Wielodzietność Niepełna rodzina Alkoholizm
 Narkomania Brak umiejętności wypełniania funkcji opiekuńczo- wychowawczych
 Inne (wypisać jakie)

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

| | | |
|----|--|--------------------------|
| A. | 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 | <input type="checkbox"/> |
| B. | POMOC RZECZOWA O CHARAKTERZE EDUKACYJNYM: ZAKUP PODRĘCZNIKÓW ZAKUP ARTYKUŁÓW SZKOLNYCH ZAKUP POMOCY DYDAKTYCZNYCH ZAKUP SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO ZAKUP OBUWIA SPORTOWEGO I STROJU GIMNASTYCZNEGO NA WF INNE (wymienić jakie)..... | <input type="checkbox"/> |
| C. | CAŁKOWITE LUB CZĘŚCIOWE POKRYCIE KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z POBIERANIEM NAUKI POZA MIEJSCEM ZAMIESZKANIA * (adres internatu, bursy, kwota odpłatności za internat, bursę i wyżywienie w skali miesiąca) | <input type="checkbox"/> |

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

VIII. UCZEŃ OTRZYMUJE/STARA SIĘ W ROKU SZKOLNYM 2017/2018 O INNE STYPENDIA O CHARAKTERZE SOCJALNYM ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH (właściwie zaznaczyć)

TAK (należy uzupełnić poniższą tabelę)

NIE

| | | |
|----|---|-----------------------------|
| 1. | NAZWA INSTYTUCJI, KTÓRA PRYZNAŁA STYPENDIUM | |
| 2. | MIESIĘCZNA WYSOKOŚĆ STYPENDIUM | |
| 3. | OKRES, NA KTÓRY PRYZNANO STYPENDIUM | od roku do roku |

.....
(data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

CZĘŚĆ B (OŚWIADCZENIE SKŁADA RODZIC/OPIEKUN PRAWNY LUB PEŁNOLETNI UCZEŃ)

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 kodeksu karnego (Dz. U. z 1997 r. Nr 88 poz. 553 ze zm.) – „Kto, składając zeznanie lub oświadczenie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę lub składa fałszywe oświadczenie, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3” – oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe.

Zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kozach o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania stypendium szkolnego.

Nienależnie pobrane stypendium szkolne podlega ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (art. 90 o ust 5 cyt. na wstępie ustawy).

.....
(data)

.....
(podpis rodzica/prawnego opiekuna)

OBJAŚNIENIA

1. Za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, pomniejszoną o:

- 1) miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych,
- 2) składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych przepisach,
- 3) kwotę bieżących alimentów świadczonych na rzecz innych osób. Do dochodu nie wlicza się jednorazowego pieniężnego świadczenia socjalnego oraz wartości świadczeń w naturze.

2. Wniosek wraz z niezbędnymi załącznikami należy złożyć w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Kozach w terminie **do 15 września br.**

INFORMACJA

I. Obowiązek Informacyjny RODO – przetwarzanie danych osobowych w GOPS Kozy

Mając na uwadze realizację wymogów Rozporządzenia 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) – RODO,

informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących w związku z tym prawach od dnia 25 maja 2018 r.

1. Administratorem danych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kozach, ul. Szkolna 1, 43-340 Kozy, tel. 33 8175827. NIP 9371606983, REGON 072352935.

2. Wszelkie pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kozach, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, można kierować do **Inspektora Ochrony Danych** w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Kozach za pomocą adresu inspektora: inspektor@b-biodo.pl lub za pośrednictwem GOPS Kozy, ul. Szkolna 1, 43-340 Kozy, tel. 33 8175827

3. Podstawy prawne przetwarzania Pani/Pana stanowią:

Rozporządzenie 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, zwanym dalej ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych (RODO)

a) osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów;

b) przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;

c) przetwarzanie jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej.

4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w następującym/ych celu/celach:

a) wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Kozach;

b) realizacji umów zawartych z kontrahentami Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kozach;

c) w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.

5. W związku z przetwarzaniem danych w celach o których mowa w pkt 4 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:

a) podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;

b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów (np. banki, operator pocztowy) podpisanych z Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Kozach przetwarzają dane osobowe.

6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 4, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

7. Posiada Pan/Pani prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, której dane dotyczą oraz ich sprostowania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych.

8. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Kozach Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

9. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi Danych Osobowych ma charakter dobrowolny.

10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.

11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

II. Jednocześnie informuję, że:

♦ Zgodnie z art.10 § 1 kodeksu postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2017 r. poz.1257 ze zm.) przysługuje Panu/i/ prawo czynnego udziału w prowadzonym przez tutejszy 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 GOPS w prowadzonej w/w sprawie (GOPS, ul. Szkolna 1), 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 Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kozach o każdorazowej zmianie swego adresu. W przypadku zaniechania tego obowiązku doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem będzie miało skutek prawny (art. 41 kpa).

.....
(podpis osoby udzielającej informacji)

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