Gaworzyce, ...

Nr wniosku ……...../2023

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Gaworzycach

WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY MATERIALNEJ O CHARAKTERZE SOCJALNYM W FORMIE STYPENDIUM SZKOLNEGO NA ROK SZKOLNY 2023/2024

1. Dane osobowe wnioskodawcy		
Nazwisko	Imię	
PESEL	Nr telefonu	
1.1. Adres stałego zameldowania		
Województwo	Gmina	
Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Kod pocztowy	Miejscowość	
1.2. Adres zamieszkania (wypełnić tylko w przypadku gdy jest inny niż adres zameldowania)		
Województwo	Gmina	
Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Kod pocztowy	Miejscowość	

2. Dane osobowe ucznia	
Nazwisko	Imię
PESEL	NIP
Data i miejsce urodzenia	
Imię i nazwisko ojca (opiekuna prawnego)	
Imię i nazwisko matki (opiekuna prawnego)	

2.1. Adres stałego zameldowania		
Województwo	Gmina	
Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Kod pocztowy	Miejscowość	
2.2. Adres zamieszkania (wypełnić tylko w przypadku gdy jest inny niż adres zameldowania)		
Województwo	Gmina	
Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Kod pocztowy	Miejscowość	
Potwierdzenie danych o stałym zameldowaniu w dziale ewidencji ludności Urzędzie Gminy	..... (pieczęć i podpis)	

3. Informacja o szkole, do której uczęszcza uczeń		
Nazwa szkoły		
Miejscowość		
Ulica	Nr	Kod pocztowy
Klasa Rok szkolny 2023/2024		

Typ szkoły (zaznaczyć X)

☐	☐	☐	☐	☐	☐
szkoła podstawowa	Liceum ogólnokszt.	Technikum	Szkoła Branż I st.	Szkoła Branż I st.	inny

4. Spełnianie kryteriów zawartych w art. 90 d, ust. 1 ustawy o systemie oświaty (wstawić znak x***)***	
a) Dochód nie przekraczający kwoty 600 zł netto na osobę	b) w rodzinie występuje niepełnosprawność
c) w rodzinie występuje bezrobocie	d) w rodzinie występuje ciężka lub długotrwała choroba
e) w rodzinie występuje wielodzietność	f) w rodzinie występuje choroba alkoholowa
g) w rodzinie występuje brak umiejętności wychowawczo-opiekuńczych	h) rodzina jest niepełna

5. Wnioskowana forma pomocy (wstawić znak 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
	Całkowite lub częściowe pokrycie kosztów związanych z pobieraniem nauki poza miejscem zamieszkania
	Świadczenie pieniężne

6. Forma przekazywania stypendium		
□	Rachunek bankowy	
	Imię, nazwisko właściciela konta	
□	Gotówka	

7. Sytuacja rodzinna i materialna ucznia

Oświadczam, że moja rodzina składa się z niżej wymienionych osób, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (wysokość dochodów netto każdego członka gospodarstwa domowego należy potwierdzić zaświadczeniem za miesiąc poprzedzający dzień złożenia wniosku)

Lp	***Imię i nazwisko***	***Data urodzenia***	***Stopień pokrewieństwa***	***Status zawodowy***	***Wysokość dochodu netto***
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
Łączny całkowity dochód gospodarstwa domowego (netto)				***Kwota:***	
Dochód netto na 1 członka gospodarstwa domowego (netto)				***Kwota :***	

8. ***Oświadczam, że otrzymuję/nie otrzymuję (niepotrzebne skreślić) inne stypendium socjalne ze środków publicznych***

Źródło aktualnie otrzymywanego stypendium	Kwota miesięczna

9. Uprzedzony/a o odpowiedzialności za podawanie fałszywych danych potwierdzam prawdziwość podanych wyżej informacji oraz wszystkich załączników

10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych wyżej danych osobowych wyłącznie dla potrzeb realizacji pomocy materialnej

....

(miejscowość, data) ***(czytelny podpis wnioskodawcy – pełnoletniego ucznia, ew. rodzica lub opiekuna prawnego ucznia niepełnoletniego)***

10. Załączniki (w odpowiednim miejscu wstawić X)					
a) zaświadczenia /oświadczenie o dochodach ojca	Tak	Nie	b) zaświadczenia/oświadczenie o dochodach matki	Tak	Nie
c) zaświadczenie/oświadczenie o bezrobociu z Powiatowego Urzędu Pracy	Tak	Nie	d) zaświadczenie o korzystaniu ze świadczeń z OPS	Tak	Nie
e)zaświadczenia/oświadczenie o posiadaniu gospodarstwa rolnego	Tak	Nie	f) zaświadczenia/oświadczenie o wysokości alimentów	Tak	Nie
c) o wysokości zasiłku rodzinnego wraz z dodatkami do zasiłku rodzinnego	Tak	Nie	d) zaświadczenie/oświadczenie o wysokości dodatku mieszkaniowego	Tak	Nie

Inne dokumenty: (wymienić jakie)
1. .....
2.....

KLAUZULA INFORMACYJNA

1. Administrator Pani/Pana danych: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Gaworzycach, z siedzibą przy ul. Okrężnej 85, 59-180 Gaworzyce.
2. Inspektor Ochrony Danych: we wszelkich sprawach związanych z ochroną danych możesz kontaktować się pod adresem: iodo@gopsgaworzyce.pl oraz nr telefonów: 728-706-901, 667-941-610
3. Cele przetwarzania, podstawa prawna:
   • Przyjęcie i rozpatrzenie wniosku o stypendium szkolne oraz wydanie decyzji na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 90d ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty oraz Ustawy Kodeksu Postępowania Administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960 r.
   • Archiwizacja danych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w zw. z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
4. Okres przechowywania: Dane przechowywane będą zgodnie z przepisami ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz instrukcją kancelaryjną przez okres 10 lat.
5. Odbiorcy danych: Podmioty z którymi administrator zawarł umowy powierzenia.
6. Przysługujące Pani/Panu prawa:
   • Prawo żądania dostępu do danych
   • Prawo żądania sprostowania danych
   • Prawo żądania usunięcia danych
   • Prawo żądania ograniczenia przetwarzania
   • Prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego - Urząd Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa
7. Obowiązek podania danych: Podanie przez Pana/Panią danych wynika z przepisów prawa i jest niezbędne aby przyjąć i rozpatrzyć wniosek o stypendium szkolne. Podanie danych w zakresie numeru telefonu oraz adresu e-mail jest dobrowolne. Konsekwencją niepodania danych wynikających z przepisów prawa będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku.