

Nazwa podmiotu realizującego świadczenia
Adres

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY MATERIALNEJ O CHARAKTERZE SOCJALNYM W FORMIE STYPENDIUM SZKOLNEGO DLA UCZNIÓW

1. WNIOSKODAWCA:

(właściwie zaznaczyć znakiem X)

- rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego ucznia/wychowanka
- pełnoletni uczeń/słuchacz/wychowanek
- dyrektor szkoły publicznej i niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej dla młodzieży i dla dorosłych, kolegium pracowników służb społecznych, publicznego lub niepublicznego ośrodka

DANE WNIOSKODAWCY			
Imię		Nazwisko	
Numer PESEL			
Kod pocztowy		Miejscowość	
Ulica		Nr domu	Nr mieszkania

2. POŻĄDANA FORMA ŚWIADCZENIA POMOCY MATERIALNEJ

FORMA ŚWIADCZENIA POMOCY MATERIALNEJ: *)	
<input type="checkbox"/>	całkowitego lub częściowego pokrycia 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"/>	pomocy rzeczowej o charakterze edukacyjnym, w tym w szczególności zakupu podręczników
<input type="checkbox"/>	całkowitego lub częściowego pokrycia kosztów związanych z pobieraniem nauki poza miejscem zamieszkania
<input type="checkbox"/>	świadczenia pieniężnego

*) Właściwie zaznaczyć znakiem „X”

3. DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI W RODZINIE UZASADNIAJĄCE PRYZYCNANIE ŚWIADCZENIA POMOCY MATERIALNEJ O CHARAKTERZE SOCJALNYM

W RODZINIE WYSTĘPUJE: ¹⁾	
	bezrobocie ²⁾
	niepełnosprawność
	ciężka lub długotrwała choroba
	wielodzietność
	brak umiejętności wykonywania funkcji opiekuńczo – wychowawczej
	rodzina niepełna
	alkoholizm lub narkomania
	zdarzenie losowe
	inne:

¹⁾ Wybrać minimum jedno i właściwe zaznaczyć znakiem „X”

²⁾ Odnosi się tylko do osób zarejestrowanych w PUP

4. DANE UCZNIJA/ UCZNIÓW, DLA KTÓRYCH SKŁADANY JEST WNIOSEK

LP.	IMIĘ I NAZWISKO	ADRES ZAMIESZKANIA	NAZWA I SIEDZIBA SZKOŁY/ KOLEGIUM/ OŚRODKA

5. SYTUACJA RODZINNA I MATERIALNA, TJ. MIESIĘCZNY DOCHÓD NETTO W RODZINIE ³⁾**OŚWIADCZAM, ŻE MOJA RODZINA SKŁADA SIĘ Z NIŻEJ WYMIENIONYCH, POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM**

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa do wnioskodawcy	Źródło dochodu ⁴⁾	Wysokość dochodu w zł
1.		WNIOSKODAWCA		
Miesięczna kwota świadczonych alimentów na rzecz innych osób				
Łączne dochody netto wszystkich członków rodziny				
Liczba osób w rodzinie				
Miesięczna wysokość dochodu netto na osobę w rodzinie wynosi				

³⁾ 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 i koszty uzyskania przychodu;
2. składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych przepisach;
3. kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób.

4) Wynagrodzenie ze stosunku pracy, dochód z umowy zlecenia lub umowy o dzieło, praca dorywcza, praktyki uczniowskie, zasiłek macierzyński, zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek/stypendium z Powiatowego Urzędu Pracy, działalność gospodarcza, gospodarstwo rolne (ilość ha przeliczeniowych x kwota dochodu z ha przeliczeniowego), emerytura/renta/świadczenie przedemerytalne, zasiłek rodzinny oraz dodatek do zasiłku rodzinnego, zasiłek pielęgnacyjny, świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy lub dla opiekuna, dodatek mieszkaniowy, dodatek energetyczny, alimenty, świadczenia z funduszu alimentacyjnego i świadczenia wypłacone przez komornika, zasiłek stały i zasiłek okresowy (z wyłączeniem świadczeń jednorazowych i celowych), inne dochody, np. pomoc rodziny, świadczenia z tytułu pieczy zastępczej.

6. FORMA REALIZACJI ŚWIADCZENIA (Należy wypełnić w przypadku chęci otrzymania świadczenia w formie przelewu na rachunek bankowy)

KONTO BANKOWE																					
				-																	

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

1.
2.
3.
4.
5.

„Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”.*

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

* art 233 § 1 - kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat

***PODANIE NUMERU TELEFONU NIE JEST OBOWIĄZKOWE**

ZGODA NA WYKORZYSTYWANIE NUMERU TELEFONU

IMIĘ I NAZWISKO	NUMER TELEFONU

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci podanego przeze mnie numeru telefonu przez Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Gostyniu w celu:

- kontaktu w zakresie toczącego się postępowania administracyjnego,
 powiadamiania mnie krótką wiadomością tekstową SMS o możliwości odbioru decyzji przyznającej świadczenie

w oparciu o art. 6 ust. 1 lit. a 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych).

Jestem świadoma/y przysługującego mi prawa do wycofania zgody, jak również faktu, że wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z przetwarzaniem, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem, a moje dane w podanym wyżej zakresie będą przetwarzane jedynie w celu archiwalnym do potwierdzenia istnienia zgody przed datą jej cofnięcia.

Zgoda może być w każdej chwili wycofana poprzez złożenie oświadczenia.

.....
(data i podpis)

<i>KLAUZULA INFORMACYJNA – pomoc materialna dla uczniów</i>	
Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję:	
Administrator danych osobowych	Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Gostyniu z siedzibą przy ul. Wrocławskiej 250, 63-800 Gostyń, tel. 65 300 22 40, e-mail: mgops@gostyn.pl
Inspektor danych osobowych	Z inspektorem ochrony danych może Pani/Pan kontaktować się pod adresem: Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Wrocławska 250, 63-800 Gostyń, e-mail: iod@mgopsgostyn.pl
Cele przetwarzania danych osobowych	Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu: - przyznania świadczenia pomocy materialnej o charakterze socjalnym dla uczniów zamieszkałych na terenie gminy Gostyń, - archiwizacji dokumentów, - kontaktu w zakresie toczącego się postępowania administracyjnego oraz powiadamiania krótką wiadomością tekstową SMS o możliwości odbioru decyzji przyznającej świadczenie (jeśli wyrazi Pani/Pan zgodę).
Podstawy prawne przetwarzania danych osobowych	Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie: - art. 6 ust.1 lit. c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b w związku z ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach, - art. 6 ust. 1 lit. a RODO - zgody na przetwarzanie danych osobowych - inne dane w zakresie nieokreślonym przepisami prawa.
Odbiorcy danych osobowych lub kategorie odbiorców	Pani/Pana dane osobowe będą przekazane wyłącznie podmiotom, które są uprawnione do ich otrzymania przepisami prawa. Ponadto mogą być one ujawnione podmiotom, z którymi Ośrodek zawarł umowę na świadczenie usług serwisowych dla systemów informatycznych wykorzystywanych przy ich przetwarzaniu.
Informacje o zamiarze przekazania danych do państwa trzeciego lub	Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Gostyniu nie przekaze Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

organizacji międzynarodowej	
Okres przechowywania danych osobowych lub kryteria ustalenia tego okresu	Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów, w jakich zostały zebrane, a następnie archiwizowane przez okres wskazany w Rzecзовym wykazie akt Miejsko – Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Gostyniu – 5 lat.
Prawa osób, których dane dotyczą	Posiada Pani/Pan prawo do: <ol style="list-style-type: none"> 1. dostępu do swoich danych osobowych, 2. sprostowania swoich danych osobowych, 3. usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych, 4. przenoszenia danych osobowych do innego administratora, 5. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych, 6. wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem (danych przetwarzanych na podstawie art. 6 ust.1 lit. a RODO, art. 9 ust. 2 lit. a RODO), z zastrzeżeniem, że niektóre z tych praw mogą podlegać ograniczeniu ze względu na podstawę prawną przetwarzania danych osobowych.
Informacja o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego	Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
Obowiązek podania danych osobowych	Podanie danych osobowych jest obowiązkowe, gdy wynika z przepisów prawa, a dobrowolne, jeżeli odbywa się na podstawie Pani/Pana zgody. Niepodanie danych osobowych uniemożliwi realizację zadań ustawowych, w tym ustalenie prawa do wnioskowanych świadczeń.
Profilowanie danych osobowych	Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.