

Dane jednostki realizującej stypendia socjalne: <b>Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Łuźnej</b>
Adres: <b>38-322 Łuźna 607</b>

**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY MATERIALNEJ O CHARAKTERZE SOCJALNYM  
NA ROK SZKOLNY 2020/2021**

**Część I**

**1. Dane wnioskodawcy :**

Imię:		Nazwisko:	
Data urodzenia:		PESEL	
Stan cywilny:		Obywatelstwo:	
Miejsce zamieszkania:		Telefon:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Ulica:	Numer domu/mieszkania:	Adres e-mail:	

**2. Wnoszę o przyznanie stypendium szkolnego:**

(Należy podać dane ucznia, dla którego składany jest niniejszy wniosek)

Lp.	Imię i nazwisko ucznia	PESEL	Adres zamieszkania	Stopień pokrewieństwa	Dokładna nazwa/ typ szkoły/ placówki i klasa
1.					

### 3. Wniosek dotyczy następującej formy pomocy:

(Należy zakreślić odpowiedni kwadrat)

<input type="checkbox"/>	stypendium szkolne w formie 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"/>	stypendium szkolne w formie pomocy rzeczowej o charakterze edukacyjnym, w tym w szczególności zakupu podręczników.
<input type="checkbox"/>	stypendium szkolne dla uczniów szkół ponadpodstawowych w formie całkowitego lub częściowego pokrycia kosztów związanych z pobieraniem nauki poza miejscem zamieszkania.
<input type="checkbox"/>	stypendium szkolne w formie świadczenia pieniężnego na cele o charakterze edukacyjnym, w tym w szczególności zakupu podręczników.
<input type="checkbox"/>	zasiłek szkolny w formie świadczenia pieniężnego na pokrycie wydatków związanych z procesem edukacyjnym.
<input type="checkbox"/>	zasiłek szkolny w formie pomocy rzeczowej o charakterze edukacyjnym.

### 4. Skład rodziny

(Należy wpisać liczbę osób spokrewnionych lub niespokrewnionych pozostających w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujących i gospodarujących)

.....osób/ osoby w rodzinie.

### 5 Dane dotyczące sytuacji w rodzinie:

(Należy zakreślić odpowiedni kwadrat)

<input type="checkbox"/>	bezrobocie
<input type="checkbox"/>	niepełnosprawność
<input type="checkbox"/>	ciężka lub długotrwała choroba
<input type="checkbox"/>	wielodzietność
<input type="checkbox"/>	brak umiejętności wypełniania funkcji opiekuńczo- wychowawczych
<input type="checkbox"/>	alkoholizm
<input type="checkbox"/>	narkomania
<input type="checkbox"/>	rodzina niepełna
<input type="checkbox"/>	wystąpiło zdarzenie losowe
<input type="checkbox"/>	inne

**6. Sytuacja materialna tj. miesięczny dochód netto w rodzinie z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku (udokumentowany odpowiednimi zaświadczeniami ) i pochodzący z:**

L.p.	Imię i nazwisko członka rodziny osiągającego dochód	Źródło dochodu	Kwota
1.			zł.
			zł.
2.			zł.
			zł.
3.			zł.
			zł.
4.			zł.
			zł.
5.			zł.
			zł.

**7. Łączne dochody netto wszystkich członków w/w rodziny, wspólnie zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe wynoszą: ..... zł., co w przeliczeniu na (wpisać liczbę osób w rodzinie) .....osób(y) stanowi :.....zł miesięcznie na osobę .**

8. Oświadczam, że świadomy(a) jestem obowiązku niezwłocznego powiadomienia Organ wydający decyzję o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania stypendium szkolnego.

9. Oświadczam, że świadomy(a) jestem, iż kwoty nienależnie pobranej pomocy materialnej podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

10. Oświadczam, że powyższy wniosek został wypełniony zgodnie z prawdą i jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm) w związku z zeznaniem nieprawdy lub zatajeniem prawdy. Ponadto, wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb rozpatrzenia powyższego wniosku.

Klauzula informacyjna dla osób, których dane są przetwarzane w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Łuźnej

Zgodnie z art. 61 §5 – Kodeksu postępowania administracyjnego oraz art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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 (Dz.Urz. UE L 119, s. 1), informuję Pana/Panią, że: ADMINISTRATOREM DANYCH JEST: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Łuźnej, Adres: 38-322 Łuźna 607, e-mail:gops@luzna.pl

DANE INSPEKTORA DANYCH: e-mail: iod.gops@luzna.pl

CELE PRZETWARZANIA: Dane są w celu wszczęcia oraz prowadzenia postępowania administracyjnego.

**PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA DANYCH:** Podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c) RODO)

**KATEGORIE DANYCH OSOBOWYCH:** Przetwarzane są następujące kategorie danych: imię i nazwisko, data urodzenia, adres zamieszkania lub pobytu lub zameldowania na pobyt stały, miejsce zamieszkania lub pobytu, numer PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, płeć, stan cywilny, obywatelstwo, stopień pokrewieństwa z członkami rodziny, numer rachunku bankowego, dane dotyczące stanu zdrowia oraz niepełnosprawności, problemy i zagrożenia występujące w rodzinie, adres poczty elektronicznej, numer telefonu, a w przypadku cudzoziemców - data wydania, numer i rodzaj dokumentu określającego status cudzoziemca w RP.

**ODBIORCY DANYCH:** Pani / Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom nadzorującym i kontrolującym działalność administratora danych.

**OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH:** Dane będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania oraz przez wymagany prawem okres archiwizacji danych.

**PRAWA PODMIOTÓW DANYCH:** Przysługuje Pani / Panu prawo dostępu do Pani / Pana danych, prawo żądania wydania kopii danych, prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

**PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO:** Przysługuje Pani / Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

**Załączone do wniosku dokumenty:**

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

.....  
(miejsowość,data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy )

**INFORMACJA O WERYFIKACJI FORMALNEJ I MERYTORYCZNEJ**

(wypełnia pracownik GOPS)

- Wniosek spełnia kryteria przyznania pomocy
- wniosek nie spełnia kryteria przyznania pomocy

Ogółem dochód rodziny w miesiącu : .....2020 roku

wyniósł .....

Liczba członków rodziny: .....

Dochód rodziny w przeliczeniu na osobę wyniósł: .....zł.

.....

*(miejsowość, data)*

.....

*(pieczęć i podpis pracownika)*

**ADNOTACJE ORGANU PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK**