

Dane jednostki realizującej stypendia socjalne:  
**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Łuźnej**

Adres:  
**38-322 Łuźna 607**

## WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY MATERIALNEJ O CHARAKTERZE SOCJALNYM NA ROK SZKOLNY 2021/2022

### Część I

#### 1. Dane wnioskodawcy :

Imię:		Nazwisko:			
Numer PESEL:		Stan cywilny:		Obywatelstwo:	
Miejsce zamieszkania:					
Kod pocztowy:		Miejscowość:		Ulica:	
Numer domu	Numer mieszkania:	Numer telefonu:		Adres poczty elektronicznej(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.

	stypendium szkolne w formie świadczenia pieniężnego na cele o charakterze edukacyjnym, w tym w szczególności zakupu podręczników.
	zasiłek szkolny w formie świadczenia pieniężnego na pokrycie wydatków związanych z procesem edukacyjnym.
	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\* 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\* 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 Łużnej**

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 Łużnej, Adres: 38-322 Łużna 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.	

.....  
(miejscowość,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 poprzedzającym złożenie wniosku wyniósł .....zł

Liczba członków rodziny: .....

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

.....  
(miejscowość,data)

.....  
(pieczęć i podpis pracownika)

**ADNOTACJE ORGANU PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK**

\*Art. 8 ust 3. ustawy z dnia z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 ze zm.): 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.