

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

WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY MATERIALNEJ O CHARAKTERZE SOCJALNYM NA ROK SZKOLNY 2022/2023

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.
<input type="checkbox"/>	stypendium szkolne w formie świadczenia pieniężnego na cele o charakterze edukacyjnym, w tym w szczególności zakupu podręczników.

	zasilek szkolny w formie świadczenia pieniężnego na pokrycie wydatków związanych z procesem edukacyjnym.
	zasilek 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.
2.			zł.
3.			zł.
4.			zł.
5.			zł.
6.			zł.
7.			zł.
8.			zł.
9.			zł.
10.			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.	

.....
(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 poprzedzającym złożenie wniosku wyniósłzł

Liczba członków rodziny:

Dochód rodziny w przeliczeniu na osobę wyniósł:zł.

.....
(miejsowość,data)

.....
(pieczęć i podpis pracownika)

ADNOTACJE ORGANU PRZYJMUJĄCEGO WNIOSK

*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.