

WNIOSEK O PRYZYGNANIE ZASIŁKU SZKOLNEGO
(świadczenia pomocy materialnej o charakterze socjalnym)
w roku szkolnym 2024/2025 dla ucznia/uczniów zamieszkałego/zamieszkałych
na terenie Gminy Kozy

CZĘŚĆ A

I. WNIOSKODAWCA

RODZIC/OPIEKUN PRAWNY UCZNIA

PEŁNOLETNI UCZEŃ

DYREKTOR SZKOŁY

II. DANE WNIOSKODAWCY

1. Imię i nazwisko
2. Adres zamieszkania¹
3. Nr telefonu
4. Nr konta

		-																																		
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

numer rachunku bankowego na które ma być przekazane stypendium – obowiązkowe

właścicielem rachunku jest

III. WYSTĘPUJĘ O PRYZYGNANIE STYPENDIUM SZKOLNEGO DLA:

1. Imię i nazwisko:

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejsce zamieszkania:

.....

Nazwa i adres szkoły: Klasa:

.....

.....

2. Imię i nazwisko:

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejsce zamieszkania:

.....

Nazwa i adres szkoły: Klasa:

.....

.....

3. Imię i nazwisko:

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejsce zamieszkania:

.....

¹ nie wypełniać w przypadku, gdy wnioskodawcą jest dyrektor szkoły

Nazwa i adres szkoły: Klasa:

.....
.....

4. Imię i nazwisko:

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejsce zamieszkania:

.....

Nazwa i adres szkoły: Klasa:

.....
.....

5. Imię i nazwisko:

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejsce zamieszkania:

.....

Nazwa i adres szkoły: Klasa:

.....
.....

IV. DATA ZAJŚCIA ZDARZENIA LOSOWEGO I JEGO RODZAJ

.....

UZASADNIENIE PRZYZNANIA ŚWIADCZENIA

.....
.....
.....
.....
.....

POŻĄDANA FORMA ŚWIADCZENIA POMOCY MATERIALNEJ

A.	ŚWIADCZENIE PIENIĘŻNE NA POKRYCIE WYDATKÓW ZWIĄZANYCH Z PROCESEM EDUKACYJNYM (wymienić jakie)	<input type="checkbox"/>
B.	POMOC RZECZOWA O CHARAKTERZE EDUKACYJNYM (wymienić jaka)	<input type="checkbox"/>

.....
(data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

CZĘŚĆ B (OŚWIADCZENIE SKŁADA RODZIC/OPIEKUN PRAWNY LUB PEŁNOLETNI UCZEŃ)

Ja, niżej podpisany/a **oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 kodeksu karnego (Dz. U. 2024 r. poz. 17)** – „Kto, składając zeznanie lub oświadczenie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę lub składa fałszywe oświadczenie, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3” – **oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe.**

.....
(data)

.....
(podpis rodzica/prawnego opiekuna)

INFORMACJA

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kozach, ul. Szkolna 1, 43-340 Kozy, tel. 33 8175827. NIP 9371606983, REGON 72352935
2. Wszelkie pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania GOPS Kozy, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, można kierować do **Inspektora Ochrony Danych** w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Kozach za pomocą adresu inspektora: inspektor@b-biodo.pl lub za pośrednictwem GOPS Kozy.
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań określonych w przepisach prawa oraz w celu prowadzonych postępowań o przyznanie świadczenia na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c; art. 9 ust. 2 b, c RODO.
4. Podanie danych osobowych w zakresie określonym przepisami prawa jest obligatoryjne. Odmowa podania danych skutkuje niemożliwością realizacji postępowania przez Administratora.
5. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać ujawnione/udostępnione innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych wyłącznie w zakresie i celach wynikających z powszechnie obowiązującego prawa lub zawartych umów powierzenia przetwarzania danych na podstawie art. 28 RODO w zakresie wsparcia prawnego, organizacyjnego lub informatycznego.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów dla których zostały zebrane, a następnie przez okres wynikający z przepisów powszechnie obowiązującego prawa dotyczącego archiwizacji.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, sprostowania tych danych, usunięcia po okresach archiwizacji lub prawo ograniczenia przetwarzania.
9. Niektóre z wymienionych praw mogą nie mieć zastosowania lub mogą być ograniczone na podstawie RODO lub przepisów szczególnych. Nie przysługuje prawo sprzeciwu oraz prawo do przenoszenia danych osobowych. Wniosek o realizację praw dostępny jest na stronie internetowej lub w siedzibie administratora.
10. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
11. Nagrywanie i odsłuch rozmów telefonicznych odbywa się na podstawie art. 6 lit. c 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 (zwanego dalej „RODO”) oraz art. 22³§ 4 kodeksu pracy z dnia 26 czerwca 1974 r. Każdy ma prawo dostępu do danych, prawo sprostowania, prawo ograniczenia przetwarzania, prawo usunięcia po okresach archiwizacji. Nagrania będą przechowywane do czasu nagrania kolejnych zapisów nie dłużej niż 30 dni.

I. Jednocześnie informuję, że:

- ◆ Zgodnie z art.10 § 1 kodeksu postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2024r. poz.572) przysługuje Panu/i/ prawo czynnego udziału w prowadzonym przez tutejszy GOPS postępowaniu, a przed wydaniem decyzji ma Pan/i/ prawo wypowiedzieć się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań,
- ◆ Może Pan/i/ zapoznać się z dokumentacją posiadaną przez GOPS w prowadzonej w/w sprawie (GOPS, ul. Szkolna 1), sporządzać z akt sprawy notatki, odpisy oraz żądać uwierzytelnienia sporządzonych przez siebie odpisów z akt sprawy lub wydania z akt sprawy uwierzytelnionych odpisów, o ile jest to uzasadnione Pana/i/ ważnym interesem (art. 73 §1 i §2 kodeksu postępowania administracyjnego),
- ◆ W toku prowadzenia postępowania zobowiązany/a/ jest Pan/i/ zawiadomić Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kozach o każdorazowej zmianie swego adresu. W przypadku zaniechania tego obowiązku doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem będzie miało skutek prawny (art. 41 kpa).

.....
(podpis osoby udzielającej informacji)

.....
(data i podpis osoby przyjmującej do wiadomości informację)