

Miejsce zamieszkania:

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. SYTUACJA RODZINNA UCZNIĄ:

Lp.	Imię i nazwisko	Pesel	Stopień pokrewieństwa	Źródło dochodu
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				

V. DEKLARACJA O OSIĄGANYM DOCHODZIE ²

Źródła dochodu netto w rodzinie z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku (do oświadczenia należy dołączyć odrębne zaświadczenia o dochodach dla każdej osoby wymienionej w pkt. 4):

Lp.	Rodzaj dochodu	Kwota
1.	Wynagrodzenie za pracę (łącznie kwota)	
2.	Świadczenia rodzinne	
3.	Emerytury, renty inwalidzkie i rodzinne, w tym również zagraniczne, świadczenia przedemerytalne	

² Dochód oblicza się w sposób wskazany w Ustawie o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r.

4.	Stałe lub okresowe zasiłki z pomocy społecznej	
5.	Dodatek mieszkaniowy i energetyczny	
6.	Alimenty i świadczenia alimentacyjne	
7.	Zasiłek dla bezrobotnych	
8.	Dochody z gospodarstwa rolnego	
9.	Dochody z działalności gospodarczej	
10.	Pobierane stypendia o charakterze socjalnym ze środków publicznych (miesięczna kwota stypendium)	
11.	Inne dochody	
	DOCHÓD RAZEM	
	Dochód miesięczny na jedną osobę w rodzinie	

W załączeniu przedkładam odpowiednie dokumenty potwierdzające dochody rodziny:

1. Zaświadczenie/ oświadczenie o zarobkach w ilości
2. Decyzja ZUS/KRUS o świadczeniach rentowych, emerytalnych;
3. Kserokopie decyzji w sprawie przyznania dodatku mieszkaniowego;
4. Kserokopie wyroku przyznającego alimenty;
5. Decyzja o zarejestrowaniu w Powiatowym Urzędzie Pracy;
6. Zaświadczenie ze szkoły potwierdzające uczęszczanie dziecka do szkoły;
7. Inne dokumenty:.....

Zobowiązania ponoszone przez członków gospodarstwa domowego:

ALIMENTY ŚWIADCZONE NA RZECZ INNYCH OSÓB			
Lp.	Imię i nazwisko osoby zobowiązanej do alimentów	Imię i nazwisko osoby uprawnionej do alimentów, stopień pokrewieństwa względem zobowiązanego	Wysokość świadczenia
1.			
2.			
3.			
ŁĄCZNE ZOBOWIĄZANIA:			

VI. SYTUACJA SPOŁECZNA RODZINY UCZNIA

- Bezrobocie Niepełnosprawność Ciężka choroba
 Wielodzietność Niepełna rodzina Alkoholizm
 Narkomania Brak umiejętności wypełniania funkcji opiekuńczo- wychowawczych
 Inne (wypisać jakie)

VII. POŻĄDANA FORMA ŚWIADCZENIA POMOCY MATERIALNEJ INNA NIŻ FORMA PIENIĘŻNA (dokładnie zaznaczyć i szczegółowo uzupełnić)

A.	CAŁKOWITE LUB CZĘŚCIOWE POKRYCIE 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"/>
B.	POMOC RZECZOWA O CHARAKTERZE EDUKACYJNYM: ZAKUP PODRĘCZNIKÓW ZAKUP ARTYKUŁÓW SZKOLNYCH ZAKUP POMOCY DYDAKTYCZNYCH ZAKUP SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO ZAKUP OBUWIA SPORTOWEGO I STROJU GIMNASTYCZNEGO NA WF INNE (wymienić jakie).....	<input type="checkbox"/>

C.	CAŁKOWITE LUB CZĘŚCIOWE POKRYCIE KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z POBIERANIEM NAUKI POZA MIEJSCEM ZAMIESZKANIA * (adres internatu, bursy, kwota odpłatności za internat, bursę i wyżywienie w skali miesiąca)	<input type="checkbox"/>
----	--	--------------------------

* dotyczy tylko uczniów szkół ponadgimnazjalnych, o których mowa w art. 90d ust. 3 ustawy o systemie oświaty

VIII. UCZEŃ OTRZYMUJE/STARA SIĘ W ROKU SZKOLNYM 2020/2021 O INNE STYPENDIA O CHARAKTERZE SOCJALNYM ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH (właściwe zaznaczyć)

TAK (należy uzupełnić poniższą tabelę) NIE

1.	NAZWA INSTYTUCJI, KTÓRA PRYZNAŁA STYPENDIUM	
2.	MIESIĘCZNA WYSOKOŚĆ STYPENDIUM	
3.	OKRES, NA KTÓRY PRYZNANO STYPENDIUM	od roku do roku

.....
(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. z 1997 r. Nr 90 poz. 557 ze zm.) – „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.

Zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kozach o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania stypendium szkolnego.

Nienależnie pobrane stypendium szkolne podlega ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (art. 90 o ust 5 cyt. na wstępie ustawy).

.....
(data)

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

OBJAŚNIENIA

1. 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,
- 2) składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych przepisach,
- 3) kwotę bieżących alimentów świadczonych na rzecz innych osób. Do dochodu nie wlicza się jednorazowego pieniężnego świadczenia socjalnego oraz wartości świadczeń w naturze.

2. Wniosek wraz z niezbędnymi załącznikami należy złożyć w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Kozach w terminie **do 15 września br.**

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 2017 r. poz.1257 ze zm.) 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)

