

Dyrektor GOPS w Baniach Mazurskich

WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM SZKOLNEGO

na rok szkolny/.....

Wnioskodawca

(należy zaznaczyć stawiając znak „x”)

☐ Rodzic ☐ Pełnoletni uczeń ☐ Dyrektor szkoły																					
Imię i nazwisko																					
Adres zamieszkania																					
Numer telefonu																					
Numer rachunku bankowego																					
I. Wnioskuje o przyznanie stypendium szkolnego dla:																					
1. Imię i nazwisko ucznia																					
PESEL	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
Miejsce zamieszkania																					
Imiona i nazwiska rodziców ucznia																					
Pełna nazwa szkoły																					
Typ szkoły																					
2. Imię i nazwisko ucznia																					
PESEL	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
Miejsce zamieszkania																					
Imiona i nazwiska rodziców ucznia																					
Pełna nazwa szkoły																					
Typ szkoły																					
3. Imię i nazwisko ucznia																					



PESEL																			
Miejsce zamieszkania																			
Imiona i nazwiska rodziców ucznia																			
Pełna nazwa szkoły																			
Typ szkoły																			
4. Imię i nazwisko ucznia																			
PESEL																			
Miejsce zamieszkania																			
Imiona i nazwiska rodziców ucznia																			
Pełna nazwa szkoły																			
Typ szkoły																			
5. Imię i nazwisko ucznia																			
PESEL																			
Miejsce zamieszkania																			
Imiona i nazwiska rodziców ucznia																			
Pełna nazwa szkoły																			
Typ szkoły																			
6. Imię i nazwisko ucznia																			
PESEL																			
Miejsce zamieszkania																			
Imiona i nazwiska rodziców ucznia																			
Pełna nazwa szkoły																			
Typ szkoły																			

II. Dane uzasadniające przyznanie stypendium szkolnego

W rodzinie ucznia/słuchacza występuje (należy zaznaczyć odpowiedni kwadrat):

☐ bezrobocie



- ☐ niepełnosprawność
- ☐ ciężka lub długotrwała choroba
- ☐ wielodzietność
- ☐ rodzina niepełna
- ☐ alkoholizm
- ☐ narkomania
- ☐ inna okoliczność:.....

III. Pożądana forma stypendium szkolnego

(świadczenie może być przyznane w jednej lub kilku formach – należy wybrać formę zaznaczając znakiem X)

- ☐ 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
- ☐ pomocy rzeczowej o charakterze edukacyjnym
- ☐ całkowitego lub częściowego pokrycia kosztów związanych z pobieraniem nauki poza miejscem zamieszkania przez uczniów szkół ponadgimnazjalnych oraz słuchaczy kolegów

IV. Ustalenie wysokości dochodu wnioskodawcy

1. Oświadczam, że moja rodzina składa się z niżej wymienionych osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Status zawodowy (pracujący, uczeń, student, bezrobotny, emeryt, rencista prowadzący własną działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne)
1.			wnioskodawca	
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

2. Oświadczam, że dochody moje i wymienionych wyżej członków mojego gospodarstwa domowego, w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku, (tj. sierpień 20.....r.) lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony, wyniosły:

Osiągnięte dochody:	
Wynagrodzenie za pracę: ☐ TAK ☐ NIE	zł
Z tytułu renty, emerytury lub świadczeń przedemerytalnych: ☐ TAK ☐ NIE	zł
Świadczenia z urzędu pracy (np. zasiłek dla bezrobotnych): ☐ TAK ☐ NIE	zł
Dochody z działalności gospodarczej: ☐ TAK ☐ NIE	zł
Alimenty / fundusz alimentacyjny: ☐ TAK ☐ NIE	zł
Zasiłek rodzinny wraz z dodatkami do zasiłku rodzinnego oraz świadczenie rodzicielskie: ☐ TAK ☐ NIE	zł
Zasiłek pielęgnacyjny/ świadczenia pielęgnacyjne: ☐ TAK ☐ NIE	zł
Dodatek mieszkaniowy, zryczałtowany dodatek energetyczny: ☐ TAK ☐ NIE	zł
Stypendium z wyłączeniem stypendium szkolnego: ☐ TAK ☐ NIE	zł
Stałe i okresowe zasiłki z pomocy społecznej ☐ TAK ☐ NIE	zł
Dochód z gospodarstwa rolnego: ☐ TAK ☐ NIE	zł
Inne dochody. Wymienić jakie: (praca dorywcza, pomoc rodziny)	zł

Łączny miesięczny dochód rodziny wynosizł NETTO

Dochód miesięczny na jedną osobę w rodzinie wynosizł NETTO

V. Oświadczenia wnioskodawcy:

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Zobowiązuję się do poinformowania Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Baniach Mazurskich o zachodzących zmianach w mojej sytuacji rodzinnej i majątkowej, które stanowiły podstawę przyznania stypendium szkolnego.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla celów związanych z przyznaniem pomocy socjalnej, zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych

data i podpis wnioskodawcy.....



KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH W GMINNYM OŚRODKU
POMOCY SPOŁECZNEJ W BANIACH MAZURSKICH W ZAKRESIE POMOCY MATERIALNEJ O
CHARAKTERZE SOCJALNYM

W związku z realizacją wymogów 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani / Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani / Panu prawach z tym związanych.

1. Administratorem Pani / Pana danych osobowych przetwarzanych w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Baniach Mazurskich jest Dyrektor Ośrodka, ul. Konopnickiej 26, 19-520 Banie Mazurskie, zwany dalej w skrócie Administratorem.
2. Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani / Pana danych osobowych w zakresie działania Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Baniach Mazurskich, a także przysługujących Pani / Panu uprawnień, może się Pani / Pan skontaktować za pomocą adresu e-mail: gops.baniemaz@wp.pl
3. Administrator przetwarza Pani / Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa, o których mowa w Rozdziale 8a Pomoc materialna dla uczniów ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.
4. Pani / Pana dane osobowe przetwarzane są w celu postępowania w sprawie realizacji zadań wynikających z w/w ustawy poprzez udzielenie pomocy materialnej o charakterze socjalnym dla uczniów zamieszkałych na terenie Gminy Banie Mazurskie.
5. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w punkcie 4 odbiorcami Pani / Pana danych osobowych mogą być organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa.
6. Pani / Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 4, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa, a w szczególności:
 - a) ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach,
 - b) rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
7. W związku z przetwarzaniem Pani / Pana danych osobowych przysługują Pani / Panu następujące uprawnienia: Macie Państwo prawo do żądania od Administratora dostępu do Waszych danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych, a także – w przypadkach przewidzianych prawem - prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Waszych danych.
8. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Baniach Mazurskich Pani / Pana danych osobowych, przysługuje Pani / Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, adres: Stawki 2, 00-193 Warszawa.
9. Pani / Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą podlegały profilowaniu.

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z powyższą klauzulą informacyjną

.....
(data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

