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

 /data wpływu wniosku/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM SZKOLNEGO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zgodnie z art. 90 b ust. 3 i 4 ustawy z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty ((Dz. U. z 2025 r. poz. 881 t.j.) pomoc materialna przysługuje:

1) uczniom szkół publicznych, niepublicznych i niepublicznych szkół artystycznych o uprawnieniach publicznych szkół artystycznych oraz słuchaczom kolegiów pracowników służb społecznych - do czasu ukończenia kształcenia, **nie dłużej jednak niż do ukończenia 24. roku życia**;

2) wychowankom publicznych i niepublicznych ośrodków rewalidacyjno-wychowawczych - do czasu ukończenia realizacji obowiązku nauki.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CZĘŚĆ A** (WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA)

1. **WNIOSKODAWCA**

[ ] RODZIC / OPIEKUN PRAWNY UCZNIA [ ] PEŁNOLETNI UCZEŃ

1. **DANE WNIOSKODAWCY**
2. Imię i nazwisko ................................................................................................................
3. Adres zameldowania ................................................................................................................
4. Adres zamieszkania ................................................................................................................
5. Nr telefonu ..........................................................................................................
	1. **DANE UCZNIA**
6. Imię i nazwisko ................................................................................................................
7. Imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego ..........................................................................
8. Imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego ..........................................................................
9. Data urodzenia ...........................................................................................................
10. Miejsce zamieszkania ...................................................................................................
11. PESEL ...................................................................................................

 **Informacja o szkole do której uczęszcza uczeń *(wypełnia szkoła)***

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa szkoły ………………………………………………………………………………………………  |  |
| Adres szkoły ……………………………………………………………………………………………… |
| Klasa, do której uczęszcza uczeń ……………………………………………………………………………………………… …..……………………………(pieczęć szkoły) (pieczęć i podpis dyrektora szkoły) |

1. **SYTUACJA SPOŁECZNA W RODZINIE** *(**właściwe zaznaczyć )*

 RODZINA JEST PEŁNA: [ ]  **TAK**  [ ]  **NIE**

|  |
| --- |
| W RODZINIE WYSTĘPUJE *(właściwe zaznaczyć)* |
| 1. | BEZROBOCIE | [ ]  |
| 2. | NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ | [ ]  |
| 3. | CIĘŻKA LUB DŁUGOTRWAŁA CHOROBA | [ ]  |
| 4. | WIELODZIETNOŚĆ | [ ]  |
| 5. | BRAK UMIEJĘTNOŚCI WYKONYWANIA FUNKCJI OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZEJ | [ ]  |
| 6. | ALKOHOLIZM | [ ]  |
| 7. | NARKOMANIA | [ ]  |
| 8. | ZDARZENIE LOSOWE | [ ]  |
| 9. | (Inne) | [ ]  |

1. **DEKLARACJA O OSIĄGANYM DOCHODZIE** **[[1]](#footnote-1)** za miesiąc poprzedzający złożenie wniosku

**Oświadczam, że:**

1. **gospodarstwo domowe ucznia składa się z następujących osób:**

*(przez gospodarstwo domowe rozumie się wszystkie osoby spokrewnione lub niespokrewnione, razem mieszkające
 i gospodarujące)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | IMIĘ I NAZWISKO | DATA URODZENIA | STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA W STOSUNKU DO WNIOSKODAWCY |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |

1. **źródła dochodu wymienionych powyżej kolejno członków gospodarstwa domowego ucznia –uzyskane w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia niniejszego wniosku**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | ŹRÓDŁO DOCHODU  | TAK\* | NIE\* | Wysokość dochodu\*\* | SPOSÓB DOKUMENTOWANIA DOCHODU |
| 1. | Wynagrodzenie ze stosunku pracy |  |  |  | Zaświadczenie lub oświadczenie |
| 2. | Emerytura |  |  |  | Zaświadczenie |
| 3. | Renta inwalidzka, rodzinna |  |  |  | Zaświadczenie |
| 4. | Renta socjalna |  |  |  | Zaświadczenie |
| 5. | Umowy o dzieło, umowy zlecenia |  |  |  | Zaświadczenie lub oświadczenie |
| 6. | Dodatek pielęgnacyjny |  |  |  | Zaświadczenie |
| 7. | Stypendia |  |  |  | Zaświadczenie lub oświadczenie |
| 8. | Zasiłek dla bezrobotnych |  |  |  | Zaświadczenie lub oświadczenie |
| 9. | Dochody z gospodarstwa rolnego |  |  |  | Zaświadczenie lub oświadczenie |
| 10. | Dochody z działalności gospodarczej |  |  |  | Zaświadczenie lub oświadczenie |
| 11. | Alimenty |  |  |  | Zaświadczenie lub oświadczenie |
| 12. | Inne dochody *(np* ***praca dorywcza*** *itp)* ...................................................................... |  |  |  | Zaświadczenie lub oświadczenie |
| 13. | Zasiłek rodzinny i dodatki do zasiłku rodzinnego |  |  |  | Nie wymaga udokumentowania jeżeli jest wypłacany przez GOPS w Suchożebrach |
| 14. | Zasiłek pielęgnacyjny |  |  |  | Nie wymaga udokumentowania jeżeli jest wypłacany przez GOPS w Suchożebrach  |
| 15. | Świadczenie pielęgnacyjne |  |  |  | Nie wymaga udokumentowania jeżeli jest wypłacany przez GOPS w Suchożebrach |
| 16 | Świadczenia z funduszu alimentacyjnego |  |  |  | Nie wymaga udokumentowania jeżeli jest wypłacane przez GOPS w Suchożebrach  |
| 17 | Dodatek mieszkaniowy |  |  |  | Nie wymaga udokumentowania jeżeli jest wypłacany przez GOPS w Suchożebrach  |
| 18 | Inne świadczenia płacone z GOPS...................................................................... |  |  |  | Nie wymaga udokumentowania jeżeli jest wypłacany przez GOPS w Suchożebrach  |
| 20 | Suma dochodów |  |  |

\* / Odpowiednie pole zaznaczyć „ X ‘’

\*\*/Proszę wpisać wysokość netto poszczególnych dochodów z uwzględnieniem dochodów wszystkich członków znajdujących się we wspólnym gospodarstwie domowym wykazanych w tabeli w części a

1. **zobowiązania ponoszone przez członków gospodarstwa domowego:**

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

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

**Forma stypendium/zasiłku szkolnego\*:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | całkowite lub częściowe pokrycie kosztów udziału w zajęciach edukacyjnych wykraczających poza zajęcia realizowane w szkole w ramach planu nauczania, w szczególności wyjazdy do teatru, na basen, na wycieczki szkolne, zielone szkoły itp. | [ ]  |
| B. | całkowitego lub częściowego pokrycia kosztów udziału w zajęciach edukacyjnych realizowanych poza szkołą, a w szczególności nauki języków obcych, zajęć muzycznych, komputerowych, sportowych itp. | [ ]  |
| C. | pomoc rzeczowa o charakterze edukacyjnym, a w szczególności zakup: podręczników, lektur szkolnych, encyklopedii, słowników i innych książek pomocniczych do realizacji procesu dydaktycznego, zeszytów, długopisów, piórników, plecaków itp., stroju sportowego i innego wyposażenia wymaganego przez szkołę | □ |
| D. | Całkowitego lub częściowego pokrycia kosztów związanych z pobieraniem nauki poza miejscem zamieszkania w odniesieniu do ucznia szkół ponadgimnazjalnych oraz słuchaczy kolegiów\* | □ |

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

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

[ ]  **TAK** *(należy uzupełnić poniższą tabelę***)** [ ]  **NIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | NAZWA INSTYTUCJI, KTÓRA PRZYZNAŁA STYPENDIUM |  |
| 2. | MIESIĘCZNA WYSOKOŚĆ STYPENDIUM |  |
| 3. | OKRES, NA KTÓRY PRZYZNANO 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 kodeksu karnego**– *„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 od 6 miesięcy do lat 8” –* ***oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe.***

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

**Nienależnie pobrane stypendium szkolne podlega ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.**

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

 (data) (podpis rodzica/prawnego opiekuna

 lub pełnoletniego ucznia)

Proszę o przekazanie środków pieniężnych otrzymanych w ramach niniejszego stypendium na konto

nr:..............................................................................................................................................................,

którego właścicielem jest ..........................................................................................................................

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

 (data) (podpis rodzica/prawnego opiekuna

 lub pełnoletniego ucznia)

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | NAZWA ZAŁĄCZNIKA |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Kierownik
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej**

**w Suchożebrach**

**KLAUZULA INFORMACYJNA RODO**

**I.**

Administratorem Państwa danych osobowych jest: Gmina Suchożebry, reprezentowana przez Wójta Gminy Suchożebry, ul. Aleksandry Ogińskiej 11, 08-125 Suchożebry, tel. (25) 631-45-15

Inspektorem Ochrony Danych (IOD) jest p. Stefan Książek, iod-sk@tbdsiedlce.pl .

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Suchożebrach, ul. Aleksandry Ogińskiej 11, 08-125 Suchożebry, tel. (25) 631-46-57 przetwarza Państwa dane na zlecenie Administratora w celu realizacji zadań związanych ze stypendiami szkolnymi.

Przysługuje Pani/Panu, z wyjątkami zastrzeżonymi przepisami prawa, możliwość dostępu do danych osobowych jej dotyczących, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Informacje o szczegółach podstawy gromadzenia danych osobowych, konsekwencjach niepodania danych, terminach przechowywania, odbiorcach i podmiotach przetwarzających znajdą Państwo w Klauzuli informacyjnej zamieszczonej na: <http://gops.suchozebry.pl/> lub w siedzibie GOPS.

**II.**

Jednocześnie informuję, że:

♦ Zgodnie z art.10 § 1 kodeksu postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2024r. poz. 572 ze zm.) przysługuje Panu/i/ prawo czynnego udziału w prowadzonym przez tut. 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 tut. GOPS w prowadzonej
w/w sprawie (GOPS w Suchożebrach), 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 tut. GOPS
o każdorazowej zmianie swego adresu. W przypadku zaniechania tego obowiązku doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem będzie miało skutek prawny (art. 41 kodeksu postępowania administracyjnego).

**Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości w/w informacje i rozumiem ich treść.**

……………………………. ….. ……..……………..…………..…………

 (podpis osoby udzielającej informacji) (data i podpis osoby przyjmującej do wiadomości informację)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku, dla celów związanych z przyznaniem pomocy materialnej o charakterze socjalnym.

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

 (data) (podpis rodzica/prawnego opiekuna

 lub pełnoletniego ucznia)

Wyliczenie *( wypełnia organ przyznający świadczenie)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Łączny miesięczny dochód w rodzinie** |  |
| **Ilość członków w rodzinie** |  |
| **Dochód miesięczny na osobę** |  |
| **Wyliczone stypendium socjalne** |  |
| **Suma stypendium** |  |

1. Dochód oblicza się w sposób wskazany w Ustawie o pomocy społecznej [↑](#footnote-ref-1)