

.....  
(pieczęćka , data wpływu, Nr wniosku)

**WNIOSEK**  
**O PRYZNANIE ZASIŁKU SZKOLNEGO**

**dla ucznia zamieszkałego na terenie Gminy Łazy**

**1. Dane wnioskodawcy**

rodzic/opiekun prawny    pełnoletni uczeń    dyrektor  
(właściwe zaznaczyć znakiem „x”)

Imię i nazwisko .....

Miejsce zamieszkania.....

(adres placówki, jeżeli wnioskodawcą jest dyrektor)

PESEL.....

( podaje rodzic/opiekun prawny albo pełnoletni uczeń)

Telefon kontaktowy .....

**2. Dane ucznia oraz poświadczenie ubiegającego się o zasiłek szkolny:**

UCZEŃ:	KLASA (podać typ szkoły)	PIECZĄTKA ADRESOWA SZKOŁY , OSRODKA
Nazwisko i imie ucznia, adres zamieszkania:		
PESEL		
Nazwisko i imie ucznia, adres zamieszkania:		
PESEL		
Nazwisko i imie ucznia, adres zamieszkania:		
PESEL		
Nazwisko i imie ucznia, adres zamieszkania:		
PESEL		

**4. Dane uzasadniające przyznanie świadczenia pomocy materialnej:**

a) Informacje o wszystkich osobach pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym oraz o ich

ewentualnych dochodach (włącznie z wnioskodawcą, jeżeli jest nim rodzic/opiekun prawny albo pełnoletni uczeń/słuchacz starający się o zasiłek szkolny, a także niepełnoletnim uczniem ubiegającym się o stypendium:

L.p.	Imię i nazwisko	PESEL	Stopień pokrewieństwa	Miejsce pracy/nauki*	Źródło dochodu**	Wysokość dochodu netto (zł)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
<b>Łączny dochód netto całego gospodarstwa domowego</b>						

\* pracujący, uczeń, słuchacz, wychowanek, student, bezrobotny, emeryt, rencista, prowadzący własną działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne, inne

\*\* dochód z tytułu zatrudnienia, dochód z pozarolniczej działalności gospodarczej, dochód z gospodarstwa rolnego wg posiadanych hektarów przeliczeniowych, alimenty, renta (rodzinna, inwalidzka, socjalna), emerytura, świadczenie przedemerytalne, zasiłek dla osób bezrobotnych, stypendium socjalne, naukowe, świadczenia pieniężne z pomocy społecznej, świadczenie rodzicielskie i inne wymagane dokumenty

We wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje(a) ..... osób/osoby.  
(podać liczbę)

Do wniosku należy załączyć dokument(y) (stosowny/e do rodzaju wskazanego źródła dochodu) określający(e) wysokość ewentualnych dochodów wszystkich osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (przede wszystkim: zaświadczenie o wysokości dochodów; zaświadczenie o korzystaniu ze świadczeń pieniężnych zasiłków rodzinnych z pomocy społecznej).

Do dochodu nie wlicza się: Świadczenia Wychowawczego, oraz świadczenia „Dobry Start”

Średni miesięczny dochód netto na jednego członka gospodarstwa domowego (zgodnie z załączonymi dokumentami) wynosi.....zł (słownie:.....)

b) Uzasadnienie przyznania pomocy

**Złożenie wniosku uzasadniam:**

(opisać zdarzenie losowe i podać datę jego wystąpienia )

.....

.....

.....

**5. Pożądana forma świadczenia pomocy materialnej\***

- świadczenie pieniężne na pokrycie wydatków związanych z procesem edukacyjnym
- pomoc rzeczowa o charakterze edukacyjnym

\* zaznaczyć odpowiedni kwadrat

## 6. Załączone do wniosku dokumenty:

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

## OŚWIADCZENIE

1. Uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 i §6 Kodeksu karnego za fałszywe zeznania lub zatajenie prawdy oświadczam, że przedstawione dane są zgodne ze stanem faktycznym.

2. Zapoznałem(am) się z warunkami uprawniającymi do korzystania ze stypendium szkolnego.

Zobowiązuję się niezwłocznie informować Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej w Łazach o zmianie lub ustaniu przyczyn będących podstawą przyznania stypendium, a także o fakcie zaprzestania nauki przez ucznia, wychowanka czy zmianie przez niego miejsca zamieszkania poza obszar gminy Łazy.

4. Nienależnie pobrany zasiłek szkolne podlega ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

5. Zapoznałem się z opisanymi poniżej zasadami ochrony danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem 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 osobowych) oraz przepisami wewnętrznymi ustawodawstwa krajowego.

**Administratorem Danych Osobowych** w Ośrodku Pomocy Społecznej w Łazach, ul. Poczтовая 14 jest Dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej.

**Inspektor Ochrony Danych - IOD**, tel. 32-6729571 wew. 20, e-mail: iod@opslazy.pl

**Cel przetwarzania danych osobowych** – wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze oraz w celu realizacji interesu publicznego (art. 6 ust. 1 pkt c RODO) zgodnie z dokumentacją składaną przez Świadczeniobiorcę.

**Zbierane dane osobowe nie będą udostępniane** innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych.

**Okres przechowywania danych osobowych** - do momentu ustania przydatności, zgodnie ze stosownymi przepisami wynikającymi ze stosowanych Ustaw.

**Zbierane dane nie będą przekazywane** do państw trzecich ani organizacji międzynarodowej.

**Ośrodek Pomocy Społecznej nie dokonuje zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani też profilowania przetwarzanych danych osobowych.**

Zgodnie z Rozporządzeniem 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 osobowych) oraz przepisami wewnętrznymi ustawodawstwa krajowego **osoba udostępniająca swoje dane ma prawo do:**

- dostępu do swoich danych osobowych na wniosek, w tym uzyskania kopii tych danych ;
  - sprostowania lub uzupełnienia swoich danych na wniosek;
  - ograniczenia przetwarzania danych;
  - przenoszenia swoich danych na wniosek;
  - sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
  - wniesienia skargi do organu nadzorczego,
- z wyjątkami zastrzeżonymi obowiązującymi przepisami prawa.

**Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do udzielenia pomocy / przyznania świadczeń.**

Jednocześnie wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na przetwarzanie przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Łazach, ul.

