

Głowno, dnia .....

Nr ewidencyjny wniosku:.....

**Wójt Gminy Głowno**

**WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM SZKOLNEGO  
w roku szkolnym 2022/2023**

**1. Dane osobowe wnioskodawcy** (pełnoletniego ucznia /rodzica lub opiekuna prawnego ucznia niepełnoletniego):

Nazwisko .....

Imię .....

Adres zamieszkania : .....

.....

Nr Telefonu.....

**2. Dane osobowe ucznia / słuchacza:**

Imię i Nazwisko ucznia											
Adres zamieszkania											
PESEL											Data urodzenia

**3. Informacje o szkole ucznia/słuchacza:**

Nazwa szkoły: .....

Adres: .....

W roku szkolnym .....jest uczniem/słuchaczem klasy / roku: .....

**4. Uczeń / słuchacz spełnia następujące kryteria:**

· W rodzinie występuje (proszę zaznaczyć znakiem X):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> niepełnosprawność          | <input type="checkbox"/> alkoholizm   |
| <input type="checkbox"/> ciężka długotrwała choroba | <input type="checkbox"/> wystąpiło zdarzenie losowe                                     |
| <input type="checkbox"/> wielodzietność             | <input type="checkbox"/> narkomania   |
| <input type="checkbox"/> rodzina jest niepełna      | <input type="checkbox"/> brak umiejętności wypełniania funkcji opiekuńczo-wychowawczych |
| <input type="checkbox"/> bezrobocie                 |   |

**5. Oświadczenie o sytuacji rodzinnej i materialnej ucznia:**

Oświadczam, że moja rodzina składa się z ..... osób, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

**Oświadczenie o sytuacji rodzinnej i materialnej ucznia**

Oświadczam, że moja rodzina składa się z niżej wymienionych osób, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (dochód oblicza się w sposób wskazany w ustawie o pomocy społecznej patrz objaśnienia, do niniejszego oświadczenia należy załączyć odrębne zaświadczenie o dochodach dla każdej niżej wymienionej osoby).

L.p.	Imię i Nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa

### 6. Miesięczna wysokość dochodu na osobę w rodzinie

(z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony)

Źródło / rodzaj dochodu	Imię i nazwisko osoby uzyskującej dochód	Miesięczna wysokość dochodu netto w zł
Wynagrodzenie ze stosunku pracy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Umowa zlecenie/ umowa o dzieło <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Renta/emerytura/świadczenia przedemerytalne <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Zasiłek dla bezrobotnych <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Dochód z działalności gospodarczej <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Zasiłek stały / okresowy z pomocy społecznej <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Praktyki zawodowe <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		

<p>Dodatek mieszkaniowy  <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>		
<p>Alimenty / Fundusz alimentacyjny  <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>		
<p>Świadczenia rodzinne (m.in. zasiłek rodzinny z dodatkami, zasiłek opiekuńczy, zasiłek pielęgnacyjny, świadczenie pielęgnacyjne)  <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK proszę wskazać konkretny rodzaj pobieranego świadczenia:  .....</p>		
<p>Dochód z gospodarstwa rolnego  <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK proszę podać liczbę ha przeliczeniowych.:  .....</p>		
<p>Inne (np. praca dorywcza, pomoc rodziny, praca za granicą, dochód z najmu/dzierżawy)  <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK proszę podać źródło/rodzaj dochodu  .....</p>		

**7. Alimenty płacone na rzecz innych osób spoza gospodarstwa domowego (jeśli dotyczy)**

(należy dołączyć wyrok zasądający alimenty i potwierdzenie dokonywania wpłat)

Lp.	Imię i nazwisko osoby zobowiązanej do alimentacji	Miesięczna kwota alimentów

Dochód miesięczny na jednego członka rodziny wynosi .....

Upředzony o odpowiedzialności karnej potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zamieszczonych w niniejszym oświadczeniu.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis ucznia/słuchacza pełnoletniego albo  
rodzica lub opiekuna prawnego ucznia  
niepełnoletniego

**8. Oświadczam, że nie otrzymuję innego stypendium o charakterze socjalnym ze środków publicznych.**

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis ucznia/słuchacza pełnoletniego albo  
rodzica lub opiekuna prawnego ucznia  
niepełnoletniego

**UPOWAŻNIENIE (jeżeli dotyczy)**  
**w przypadku dziecka pełnoletniego**

Ja, niżej podpisany/a ....., zamieszkały  
..... legitymujący się dowodem osobistym nr  
..... wydanym w dniu ..... przez  
..... upoważniam rodzica/opiekuna  
prawnego\* ..... stale zamieszkałego/ą  
w ..... legitymującego/ą się dowodem osobistym nr  
..... wydanym w dniu ..... przez  
..... i oświadczam, że w/w rodzic/opiekun prawny\* jest  
upoważniony do występowania w moim imieniu przed Gminą Głowno w sprawie przyznania dla mnie pomocy  
materialnej o charakterze socjalnym.

.....

(podpis)

## **Klauzula informacyjna**

1. Administratorem przekazanych przez Panią/Pana danych osobowych jest Wójt Gminy Głowno, ul. Kilińskiego 2, 95-015 Głowno
2. Funkcję Inspektora Ochrony Danych w tutejszym Urzędzie pełni Andrzej Włodarczyk e-mail: naslo14@op.pl
3. Podane przez Panią/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań wynikających z ustawy o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 r., ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawą z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych oraz ustawą z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego w celu związanym z postępowaniem w sprawie przyznania świadczeń pomocy materialnej o charakterze socjalnym –stypendium szkolnego/zasiłku szkolnego
4. Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz możliwość ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 roku w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych lub innymi szczegółowymi przepisami prawa.
6. Dane mogą być udostępniane przez Administratora wyłącznie podmiotom upoważnionym do uzyskania informacji na podstawie odrębnych przepisów.
7. Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji celu, o którym mowa w ust.3. Nie podanie danych osobowych wskazanych we wniosku oraz nie dołączenie wymaganych załączników spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z ww. klauzulą informacyjną w sprawie przetwarzania danych osobowych

Ponadto oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich 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 (RODO), w zbiorze danych osobowych prowadzonym przez: Urząd Miejski w Miłakowie. Dla celów związanych z ustaleniem uprawnień do pomocy materialnej dla uczniów .Jednocześnie przyjmuje do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania, sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.

.....  
Data i podpis składającego oświadczenie