

Nazwa podmiotu realizującego świadczenia:	<b>Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej</b>
Adres:	<b>ul. Wyzwolenia 7 38-700 Ustrzyki Dolne</b>

**WNIOSEK O PRYZNANIE ZASIŁKU SZKOLNEGO W ROKU SZKOLNYM ...../.....**  
(wniosek należy uzupełnić drukowanymi literami)

**CZĘŚĆ A – DANE IDENTYFIKACYJNE**

**1. Wnioskodawca:**

- rodzic, opiekun prawny niepełnoletniego ucznia
- pełnoletni uczeń
- dyrektor szkoły, kolegium pracowników służb społecznych, ośrodka, o którym mowa w art. 90b ust. 3 pkt 2 ustawy o systemie oświaty

**2. Dane osobowe wnioskodawcy:**

Imię i nazwisko:	
PESEL:	
Telefon:	
Adres zamieszkania:	
Adres do korespondencji:	

**3. Dane osobowe ucznia:**

Informacje o uczniu	Dane dotyczące szkoły	W roku szkolnym ...../..... jest uczniem klasy
1) Imię i Nazwisko: (adres zamieszkania):	Nazwa Szkoły:	
PESEL:	Typ szkoły:	
Imię i nazwisko ojca:	Ulica:	
Imię i nazwisko matki:	Kod pocztowy: ___ - ___ Miejscowość:	
2) Imię i Nazwisko: (adres zamieszkania):	Nazwa szkoły:	
PESEL:	Typ szkoły:	
Imię i nazwisko ojca:	Ulica:	
Imię i nazwisko matki:	Kod pocztowy: ___ - ___ Miejscowość:	
3) Imię i Nazwisko: (adres zamieszkania):	Nazwa szkoły:	
PESEL:	Typ szkoły:	
Imię i nazwisko ojca:	Ulica:	
Imię i nazwisko matki:	Kod pocztowy: ___ - ___ Miejscowość:	

**CZĘŚĆ B – OPIS ZDARZENIA LOSOWEGO UZASADNIĄJĄCEGO PRYZNANIE ZASIŁKU SZKOLNEGO (wraz z podaniem dokładnej daty wystąpienia zdarzenia losowego)**

.....

.

.....

..

.....

.

.....

..

.....

.

.....

..

.....

.

.....

..

.....

.

.....

..

.....

.

.....

..

.....

.

.....

..

.....

.

.....

..

.....

.

.....

..

.....

.

.....

..

.....

.

.....

..

.....

.

.....

..

.....

.

.....

..

.....

.

.....

..

.....

.

.....

..

.....

..

.....

.....

### CZĘŚĆ C - WNIOSKOWANA FORMA ŚWIADCZENIA POMOCY MATERIALNEJ

Należy wybrać preferowaną formę pomocy (zaznaczyć jedną lub kilka form)

1.	<input type="checkbox"/>	Świadczenie pieniężne na pokrycie wydatków związanych z procesem edukacyjnym,
2.	<input type="checkbox"/>	pomoc rzeczowa o charakterze edukacyjnym, w formie: .....

### CZĘŚĆ D - OŚWIADCZENIE O SYTUACJI RODZINNEJ I MATERIALNEJ UCZNIA

1. Rodzina składa się z niżej wymienionych osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (rodzina to osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku wspólnie zamieszkujące i gospodarujące):

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Miejsce pracy lub nauki *	Stopień pokrewieństwa WNIOSKODAWCA
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

\*w przypadku osób zarejestrowanych w PUP lub pobierających świadczenia z ZUS, świadczenia opiekuńcze z MGOPS należy wpisać nazwę odpowiedniej instytucji

**1.1 Członkowie mojej rodziny są zobligowani do płacenia alimentów na rzecz innych osób spoza gospodarstwa domowego. \*\*):**

Lp.	Imię i nazwisko osoby zobowiązanej do alimentacji	Miesięczna kwota płaconych alimentów
1.		
2.		
3.		

\*\*) W przypadku płacenia alimentów na rzecz innych osób spoza gospodarstwa domowego do oświadczenia należy dołączyć:  
- wyrok zobowiązujący do płacenia alimentów oraz dokumenty potwierdzające dokonywanie wpłat np. przekazy, przelewy

**1.2 Dochody wszystkich członków rodziny z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony obliczone w sposób wskazany w ustawie o pomocy społecznej wyniosły:**

Źródło dochodu	Czy rodzina osiągnęła dochód (zaznaczyć „Tak” lub” Nie”)	Kwota uzyskanego dochodu	Imię i nazwisko osoby, która uzyskała dochód	Wymagane dokumenty potwierdzające wysokość dochodu
<b>Ze stosunku pracy:</b>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			zaświadczenie lub oświadczenie
<b>Z umowy zlecenia, o dzieło:</b>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			zaświadczenie lub oświadczenie
<b>Z tytułu renty, emerytury, świadczenia przedemerytalnego lub rehabilitacyjnego</b> (poniżej należy wskazać źródło dochodu np. emerytura):	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			odcinek świadczenia, zaświadczenie lub oświadczenie
<b>Zasilek macierzyński, zasilek chorobowy wypłacany przez ZUS</b> (poniżej należy wskazać źródło dochodu np. zasilek macierzyński):	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			zaświadczenie lub oświadczenie
<b>Zasilek, stypendium dla bezrobotnych</b> (poniżej należy wskazać źródło dochodu np. stypendium):	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			zaświadczenie z PUP lub oświadczenie

<b>Osiągnięte dochody z działalności gospodarczej (opodatkowane na zasadach ogólnych):</b>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			oświadczenie o ilości m-cy, w których była prowadzona działalność oraz zaświadczenie z US o dochodach za poprzedni rok kalendarzowy
<b>Osiągnięte dochody z działalności gospodarczej opodatkowane zryczałtowanym podatkiem dochodowym (w tym karta podatkowa):</b>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			zaświadczenie z US o formie opodatkowania, oświadczenie o dochodzie oraz dowód opłacenia składek ZUS/KRUS za miesiąc poprzedzający złożenie wniosku
<b>Alimenty (poniżej proszę wskazać, na które dziecko):</b>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			wyrok, (oświadczenie lub dowód wpłaty – w przypadku alimentów dobrowolnych)
<b>Fundusz alimentacyjny (kwotę należy podać tylko jeżeli świadczenia wypłacił inny organ niż MGOPS w Ustrzykach Dolnych):</b>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			
<b>Świadczenia wypłacone przez komornika w przypadku niealimentacji:</b>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			zaświadczenie lub oświadczenie
<b>Zasiłek rodzinny wraz z dodatkami (kwotę należy podać tylko jeżeli świadczenia wypłacił inny organ niż MGOPS w Ustrzykach Dolnych):</b>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			
<b>Świadczenie rodzicielskie (kwotę należy podać tylko jeżeli świadczenia wypłacił inny organ niż MGOPS w Ustrzykach Dolnych):</b>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			

<b>Zasilek pielęgnacyjny, świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasilek opiekuńczy, zasilek dla opiekuna</b> (kwotę należy podać tylko jeżeli świadczenia wypłacił inny organ niż MGOPS w Ustrzykach Dolnych):	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			
<b>Dodatek mieszkaniowy, zryczałtowany dodatek energetyczny:</b>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			decyzja
<b>Informacja o otrzymywaniu innego stypendium o charakterze socjalnym ze środków publicznych</b> (o których mowa w art. 90d ust.13):	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			
<b>Stypendium z wyłączeniem stypendium szkolnego</b> (poniżej należy wskazać rodzaj):	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			zaświadczenie lub oświadczenie
<b>Zasilek okresowy z pomocy społecznej</b> (kwotę należy podać tylko jeżeli świadczenia wypłacił inny organ niż MGOPS w Ustrzykach Dolnych):	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			
<b>Zasilek stały z pomocy społecznej</b> (kwotę należy podać tylko jeżeli świadczenia wypłacił inny organ niż MGOPS w Ustrzykach Dolnych):	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			
<b>Świadczenia z tytułu pełnienia funkcji rodziny zastępczej:</b>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			zaświadczenie lub oświadczenie
<b>Dochód z gospodarstwa rolnego (powyżej ha przeliczeniowego):</b>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			zaświadczenie lub nakaz płatniczy

Inne dochody uzyskiwane w m-cu poprzedzającym złożenie wniosku, a w przypadku utraty dochodu z m-ca złożenia wniosku (np. praca dorywcza, pomoc innych osób)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			zaświadczenie lub oświadczenie

Dane powyższe podałem/am zgodnie z prawdą i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....  
(data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

### CZĘŚĆ E – SPOSÓB WYPŁATY ZASIŁKU SZKOLNEGO:

- proszę przekazywać na konto bankowe w banku .....

nr:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię i nazwisko właściciela konta: .....

Adres właściciela konta: .....

- proszę o wypłatę w kasie

### POUCZENIE

I. Na podstawie Art. 90 e ustawy o systemie oświaty:

- 1) Zasiłek szkolny może być przyznany uczniowi znajdującemu się przejściowo w trudnej sytuacji materialnej z powodu zdarzenia losowego.
- 2) Zasiłek szkolny może być przyznany w formie świadczenia pieniężnego na pokrycie wydatków związanych z procesem edukacyjnym lub w formie pomocy rzeczowej o charakterze edukacyjnym, raz lub kilka razy w roku, niezależnie od otrzymywanego stypendium szkolnego.
- 3) Wysokość zasiłku szkolnego nie może przekroczyć jednorazowo kwoty stanowiącej pięciokrotność kwoty, o której mowa w art. 6 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych.
- 4) O zasiłek szkolny można ubiegać się w terminie nie dłuższym niż dwa miesiące od wystąpienia zdarzenia uzasadniającego przyznanie tego zasiłku".

II. Art. 233 KK § 1 „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

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

IV. Oświadczam, że zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie wynikającej z przepisów Kodeksu karnego.

V. Oświadczam, że zapoznałem/am się z warunkami uprawniającymi do przyznania pomocy materialnej o charakterze socjalnym (zasiłek szkolny) wskazanymi w Ustawie o systemie oświaty oraz Uchwale Rady Miejskiej w Ustrzykach Dolnych.

Do wniosku przedkładam następujące załączniki:

- |  |         |
|--|---------|
| 1. Dokument potwierdzający wystąpienie zdarzenia losowego. | 5. .... |
| 2.....   | 6. .... |
| 3.....   | 7. .... |
| 4.....   | 8. .... |

.....  
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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), zwane dalej „Rozporządzeniem” informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą przy ulicy Wyzwolenia 7, 38-700 Ustrzyki Dolne reprezentowany przez Dyrektora;
- 2) zgodnie z art. 37 rozporządzenia Administrator wyznaczył Inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych przez MGOPS w Ustrzykach Dolnych za pośrednictwem poczty elektronicznej: [iodo.mgops@ustrzyki-dolne.pl](mailto:iodo.mgops@ustrzyki-dolne.pl) lub pisemnie na adres Administratora;
- 3) zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a i lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. a i lit. b Pani/ Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wykonywania zadań realizowanych przez MGOPS w Ustrzykach Dolnych na podstawie przepisów prawa: ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. o Kodeksie postępowania administracyjnego, ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty lub w innych celach wynikających z obowiązku prawnego, któremu podlega Administrator;
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: podmioty, które zwrócą się do Administratora o przekazanie danych osobowych w oparciu o obowiązujące przepisy prawa, podmioty, które na podstawie umów podpisanych z Administratorem przetwarzają dane osobowe (m.in. podmioty realizujące zadania na rzecz MGOPS w Ustrzykach Dolnych, takie jak np. operator pocztowy, banki) oraz inne podmioty na podstawie Pani/Pana zgody;
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach;
- 6) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu jeżeli uprawnienia te nie są ograniczone przepisami prawa. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody, przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w każdym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 7) w przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ustrzykach Dolnych 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;
- 8) podanie przez Panią/ Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji celów do jakich zostały zebrane. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości załatwienia Pani/Pana sprawy. Przepisy prawa mogą jednak przewidywać sytuacje, w których podanie danych osobowych jest obowiązkowe;
- 9) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu;
- 10) Administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych do Państw trzecich.

Zapoznałem/am się .....

Data i czytelny podpis