|  |
| --- |
|  |

Załącznik nr 1 – Or/01-02

Do Burmistrza Miasta Zambrów

WNIOSEK

O PRZYZNANIE STYPENDIUM SZKOLNEGO / ZASIŁKU SZKOLNEGO )[[1]](#footnote-1)

NA ROK SZKOLNY …….……/…………...

…………………………………………………………  
 /imię i nazwisko wnioskodawcy/

……………………………………………..

/adres zamieszkania/

……………………………………………..

/numer telefonu )\*\*

1. **Dane ucznia /słuchacza ubiegającego się o stypendium/ zasiłek szkolny**
2. Imię i nazwisko
3. Data i miejsce urodzenia PESEL
4. imiona i nazwiska rodziców/ prawnych opiekunów
5. Adres zamieszkania

**II. Pożądaną formą stypendium szkolnego/zasiłku szkolnego jest:** /zaznaczyć właściwe/

* 1. częściowe lub całkowite pokrycie kosztów udziału w zajęciach edukacyjnych, w tym wyrównawczych, wykraczających poza zajęcia organizowane w szkole w ramach planu nauczania, a także udziału w zajęciach edukacyjnych realizowanych poza szkołą;
* 2. wobec uczniów szkół ponadgimnazjalnych i słuchaczy kolegiów, pokrycie kosztów związanych z pobieraniem nauki poza miejscem zamieszkania: kosztów zakwaterowania (internat, bursa, kwatera prywatna), kosztów dojazdów do szkoły (transport do i ze szkoły środkami komunikacji zbiorowej), kosztów czesnego za naukę w szkole;
* 3. pomoc rzeczowa zależna od potrzeb, uzdolnień i zainteresowań ucznia, w tym:

a) zakup podręczników, a także wydawnictw o charakterze encyklopedycznym, słowników, atlasów, książek do nauki języka obcego, b) plecaka, kalkulatora, innych artykułów i przyborów szkolnych, c) stroju gimnastycznego, w którego skład mogą wchodzić: spodenki sportowe, koszulka sportowa, bluza sportowa, spodnie sportowe, obuwie typu sportowego, d) stroju galowego, w którego skład może wchodzić odzież i obuwie, e) niezbędnego wyposażenia miejsca nauki w domu: biurko, krzesło do biurka, lampka do biurka, f) zakupu komputera, laptopa, tabletu, oprogramowania związanego z kształceniem, g) innych pomocy niezbędnych do udziału w dodatkowych zajęciach edukacyjnych i sportowych np. instrumenty muzyczne, sprzęt sportowy (w zależności od uprawianej dyscypliny sportu);

* 4. w zależności od profilu szkoły pokrycie kosztów zakupu wymaganej odzieży oraz innych artykułów i przyborów niezbędnych do uczestnictwa w zajęciach edukacyjnych

**III . Dodatkowe czynniki wpływające na trudną sytuację materialną ucznia:** /zaznaczyć właściwe/

* Bezrobocie, □ niepełnosprawność, □ rodzina niepełna, □ ciężka lub długotrwała choroba, □ wielodzietność,   
  □ brak umiejętności wypełniania funkcji opiekuńczo-wychowawczej, □ alkoholizm, narkomania, □ zdarzenie losowe

1. Opis zdarzenia losowego/tylko w przypadku zasiłku szkolnego/  
………………………………………………………………………………………………………………………………..  
………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Opis sytuacji rodzinnej i materialnej ucznia:
2. 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.** |  |  |  |  |

1. Dochody netto wymienionych powyżej członków gospodarstwa domowego ucznia uzyskane w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku wyniosły:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Źródło dochodu** | **Wymagane dokumenty** | **Wysokość**  **dochodu**  **netto\*\*\*** |
| 1. | Wynagrodzenie ze stosunku pracy | Zaświadczenie o zarobkach |  |
| 2. | Emerytura/renta inwalidzka/socjalna/rodzinna lub świadczenie przedemerytalne | Odcinek świadczenia lub zaświadczenie |  |
| 3. | Umowy o dzieło, umowy zlecenia | Umowa lub rachunek |  |
| 4. | Zasiłek rodzinny i dodatki do zasiłku rodzinnego | Zaświadczenie lub decyzja MOPS |  |
| 5. | Zasiłek pielęgnacyjny/świadczenie pielęgnacyjne | Zaświadczenie lub decyzja MOPS |  |
| 6. | Zasiłek dla bezrobotnych | Zaświadczenie z PUP |  |
| 7. | Zasiłki wypłacane przez MOPS (okresowe lub stałe) | Zaświadczenie lub decyzja MOPS |  |
| 8. | Dodatek mieszkaniowy | Zaświadczenie lub decyzja MOPS |  |
| 9. | Alimenty (zasądzone, dobrowolne) | Wyrok w sprawie o alimenty/decyzja  MOPS/w przypadku alimentów dobrowolnych oświadczenie lub dowód wpłaty |  |
| 10. | Dochody z działalności gospodarczej | Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego lub oświadczenie zgodnie z art. 8 ust.5 Ustawy o pomocy społecznej |  |
| 11. | Dochód z gospodarstwa rolnego | Zaświadczenie o powierzchni gospodarstwa w ha przeliczeniowych |  |
| 13. | Inne dochody (wymienić jakie np.: prace dorywcze, inne stypendia socjalne ) | Oświadczenie lub zaświadczenie |  |
| **Łączny dochód netto:** | | |  |

**\*\*\*** uzyskane dochody należy potwierdzić odpowiednimi dokumentami załączonymi do wniosku

1. Zmniejszenie dochodów z tytułu płacenia alimentów na rzecz innych osób wynosi zł
2. ŁĄCZNY DOCHÓD NETTO RODZINY (pkt. 2 minus pkt. 3): zł
3. Liczba osób w gospodarstwie domowym:
4. MIESIĘCZNY DOCHÓD NETTO NA JEDNĄ OSOBĘ W GOSPOD. DOMOWYM: zł
5. **Forma wypłaty stypendium szkolnego/zasiłku szkolnego** /zaznaczyć właściwe/**:**

1. □ Przelew na rachunek bankowy

|  |  |
| --- | --- |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |

1. □ Odbiór w punkcie kasowym Banku Spółdzielczego przy ul. Fabrycznej 3, 18-300 Zambrów

Seria i numer dowodu osobistego wnioskodawcy:

1. **Oświadczenie wnioskodawcy:**

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

„ *Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę* *lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” -* art. 233 Kodeksu karnego (Dz.U. z 2019 r. poz. 1950 ze zm.)

**Zobowiązuję się do poinformowania Burmistrza Miasta Zambrów o zachodzących zmianach w mojej sytuacji rodzinnej i majątkowej, które stanowiły podstawę do przyznania stypendium.**

……………………………… …………………………………………………..

/czytelny podpis wnioskodawcy/

/data/

1. **Potwierdzenie uczęszczania do szkoły/kolegium:**

Potwierdzam, że……………………………………………………………….

jest uczniem klasy………………….

w roku szkolnym /……………….

/imię i nazwisko ucznia/

Szkoły…………………………………………………………………………………….

/nazwa szkoły/

……………………………… …………………………………………………..

/data i podpis dyrektora/

/pieczęć szkoły/

**KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH:**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Burmistrz Miasta Zambrów, z siedzibą przy ul. Fabrycznej 3, 18-300 Zambrów, tel. 86 271 22 10.
2. Kontakt z inspektorem ochrony danych możliwy jest pod mailem: [inspektorochronydanych@kowalczyk.pro](mailto:inspektorochronydanych@kowalczyk.pro).
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze na podstawie art. 90d Ustawy z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty oraz Uchwały Nr 228/XLI/18 Rady Miasta Zambrów .
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 10 lat zgodnie z Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych oraz prawo ich sprostowania, w uzasadnionych przypadkach usunięcia lu b ograniczenia przetwarzania. W celu wykonania swoich praw należy skierować żądanie pod adres e-mail: [inspektorochronydanych@kowalczyk.pro](mailto:inspektorochronydanych@kowalczyk.pro).
7. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest obligatoryjne i wynika z przepisów prawa.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.

**Zapoznałem/am się,**

……………………………………………….  
/data i podpis wnioskodawcy/

1. niewłaściwe skreślić  
   \*\* podanie numeru telefonu nie jest obowiązkowe, ale znacznie ułatwi kontakt urzędu z wnioskodawcą [↑](#footnote-ref-1)