

Nazwa podmiotu przyznającego zasiłek szkolny:

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

Adres: 41-400 Mysłowice ul. Gwarków 24

Nr wniosku: DOK/ZS.201.....

WNIOSEK O PRYZNANIE ZASIŁKU SZKOLNEGO

Termin składania wniosku: nie później niż dwa miesiące od wystąpienia zdarzenia uzasadniającego przyznanie tego zasiłku

I. Wnioskodawca: (właściwe podkreślić):

- rodzic – opiekun prawny – pełnoletni uczeń – dyrektor szkoły lub placówki, do której uczęszcza uczeń

Dane osoby składającej wniosek:

Nazwisko i imię	
PESEL	Telefon
Adres zamieszkania	

II. Wnoszą o przyznanie zasiłku szkolnego dla (dane ucznia):

Nazwisko i imię ucznia	
Imię i nazwisko matki	Imię i nazwisko ojca
Data i miejsce urodzenia	PESEL
Adres zamieszkania	
Adres stałego zameldowania	

III. Data i opis zdarzenia losowego, uzasadniającego przyznanie zasiłku szkolnego.

Data zdarzenia

Opis zdarzenia:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....
IV. Opinia dyrektora szkoły, kolegium lub ośrodka, do której uczęszcza uczeń, o celowości przyznania zasiłku szkolnego:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ponadto zaświadcza się, że **uczeń/*słuchacz/*wychowanek** wymieniony w punkcie „II wniosku” uczęszcza do **szkoły/*kolegium pracowników służb społecznych/*ośrodka**

.....
(wymienić rodzaj).

.....
miejsowość, data

.....
podpis i pieczęć dyrektora szkoły,
kolegium pracowników służb społecznych
lub ośrodka

/* właściwe zaznaczyć

V. Uzasadnienie wnioskodawcy zasadności przyznania zasiłku szkolnego

1. Źródła dochodów członków gospodarstwa domowego,.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(np. stosunek pracy, umowa cywilno-prawna, praca dorywcza, działalność gospodarza, emerytura, renta, gospodarstwo rolne, zasiłki z ubezpieczenia społecznego, zasiłki dla bezrobotnych, alimenty, zasiłki z pomocy społecznej i inne wymienić jakie)

2. Liczba członków gospodarstwa domowego

3. Średni miesięczny dochód na jednego członka rodziny wynosi: zł (NETTO).

4. W rodzinie występują (zaznaczyć właściwe znakiem X): wielodzietność, niepełnosprawność,

ciężka lub długotrwała choroba, rodzina jest niepełna, bezrobocie, alkoholizm,
 narkomania, wystąpiło zdarzenie losowe, brak wypełniania funkcji opiekuńczo-wychowawczej.

6. Rodzina ucznia ubiegającego się o stypendium szkolne (zaznaczyć właściwe znakiem X):

nie korzysta korzystała w miesiącu ze świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej.

7. Oświadczenie dotyczące miejsca zamieszkania ucznia

Oświadczam, że uczeń, którego dotyczy wniosek zamieszkuje/* nie zamieszkuje /* na terenie Miasta Mysłowice

Jest zameldowany na pobyt stały/*, na pobyt czasowy do/*

Miejscem stałego zameldowania ucznia jest:

8. Forma pomocy:

świadczenia pieniężnego na pokrycie wydatków związanych z procesem edukacyjnym

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

III. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

1. Uprzedzona (-y) o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zamieszczonych we wniosku.

2. Oświadczam, że niezwłocznie powiadomię organ, który przyznał stypendium, o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania zasiłku szkolnego a także o fakcie zaprzestania nauki lub zmiany miejsca zamieszkania przez ucznia/słuchacza/wychowanka.

3. Oświadczam, że zapoznałam (-łem) się z Regulaminem udzielania pomocy materialnej o charakterze socjalnym w formie zasiłku szkolnego dla uczniów zamieszkałych na terenie Miasta Mysłowice.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

/*niepotrzebne skreślić

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o tym, że: **Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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 informujemy, że:**

1. Administratorem danych osobowych klientów jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mysłowicach mający siedzibę przy ul. Gwarków 24, 41-400 Mysłowice, reprezentowany przez Dyrektora MOPS w Mysłowicach
2. W MOPS w Mysłowicach wyznaczono inspektora ochrony danych osobowych - Magdalenę Bożek, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych pod adresem email: magda.bozek@mops-myslowice.pl
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu przyznania pomocy materialnej o charakterze socjalnym w formie stypendium szkolnego
4. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z jednolitego rzeczowego wykazu akt tj. 5 lat;
5. Każda osoba, której danymi dysponuje MOPS w Mysłowicach ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania;

6. Każda osoba, której danymi dysponuje MOPS w Mysłowicach ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;

7. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku;

OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM SIĘ Z TREŚCIĄ INFORMACJI J/W

←

Mysłowice, dniaPodpis wnioskodawcy.....

IV. Forma przekazania przyznanego świadczenia (zaznaczyć właściwy kwadrat)::

przelew na rachunek bankowy nr:

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

.....
(podpis wnioskodawcy)

Do wniosku dołączam następujące dokumenty potwierdzające zdarzenie losowe:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Liczba załączników: