

Nazwa podmiotu przyznającego zasiłek szkolny: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej Adres: 41-400 Mysłowice ul. Gwarków 24	Data wpływu do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mysłowicach:
Nr wniosku: DOK.5300-/20.....	

WNIOSEK O PRYZNANIE ZASIŁKU SZKOLNEGO

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

I. Wnioskodawca: (właściwie zaznaczyć):

☐ 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 ucznia	Imię i nazwisko ojca ucznia
Data i miejsce urodzenia ucznia	PESEL ucznia
Adres zamieszkania ucznia	
Nazwa i adres szkoły ucznia	

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 zasilku szkolnego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

(wymienić rodzaj)

.....
miejscowość, data

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

/* niewłaściwe skreślić

V. Uzasadnienie wnioskodawcy zasadności przyznania zasilku szkolnego

1. 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, | | |
| ☐ inne, jakie..... | | |

2. Oświadczenie dotyczące miejsca zamieszkania ucznia

Oświadczam, że uczeń, którego dotyczy wniosek zamieszkuje na terenie Miasta Mysłowice.

Miejscem stałego zamieszkania ucznia jest:

.....

3. Forma pomocy:

- ☐ świadczenia pieniężnego na pokrycie wydatków związanych z procesem edukacyjnym

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

☐ przelew na rachunek bankowy nr:[illegible]

☐ do kasy MOPS Mysłowice, ul. Gwarków 24,

.....
(podpis wnioskodawcy)

[illegible]

Liczba załączników:

1. Uprzedzona/ny o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zamieszczonych we wniosku.

2. Oświadczam, że zapoznałam/lem 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

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY DOTYCZĄCY PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

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:
 - 1) Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mysłowicach mający siedzibę przy ul. Gwarków 24, 41-400 Mysłowice, reprezentowany przez Dyrektora MOPS w Mysłowicach,
 - 2) Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą przy ul. Brzezińskiej 21, 41-400 Mysłowice - tylko w przypadku spraw związanych z MZON,
 - 3) W niektórych przypadkach administratorem Państwa danych są podmioty, które powierzyły przetwarzanie danych osobowych Miejskiemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Mysłowicach, na przykład w związku z realizowaniem projektów finansowanych ze środków Unii Europejskiej.
1. W MOPS w Mysłowicach wyznaczono inspektora ochrony danych osobowych – Agnieszkę Kotwas, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych pod adresem email: **iodo@mops-myslowice.pl**
2. Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji **pomocy materialnej o charakterze socjalnym dla uczniów**
3. Przetwarzamy Państwa dane w zakresie adresu poczty elektronicznej oraz innych danych podanych przez Państwa w wiadomościach przesyłanych za pośrednictwem poczty elektronicznej.
4. Dane osobowe przekazywane będą wyłącznie organom lub podmiotom uprawnionym do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom przetwarzającym dane w imieniu administratora danych osobowych
5. Dane osobowe mogą być ujawnione podmiotom świadczącym usługi pocztowe oraz podmiotom świadczącym usługi doręczenia przy użyciu środków komunikacji elektronicznej, w tym m.in. ePUAP oraz dostawcy publicznej usługi rejestrowanego doręczenia elektronicznego (RDE)
Podmiot przetwarzający może przetwarzać dane jedynie na polecenie administratora i w zakresie określonym w umowie.
6. Przechowujemy Państwa dane przez czas niezbędny do realizacji celu przetwarzania, nie dłużej niż jest to określone kategorią archiwalną dokumentów, która jest ustalana przez Archiwum Państwowe na podstawie ustawy o narodowym zasobie archiwalnym.
7. Każda osoba, której danymi dysponuje MOPS w Mysłowicach ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania;
8. 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.
9. 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;**

**wykreślić jeśli nie dotyczy*

OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM SIĘ Z TREŚCIĄ INFORMACJI J/W

Mysłowice, dnia Podpis