|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data wpływu wniosku:Nr wniosku: | **Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Olszanicy, Olszanica 81, 38-722** | Podpis pracownika: |

**WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM SZKOLNEGO**

**na rok szkolny ......................**

|  |
| --- |
| 1. **Wnioskodawca**
 |
| Nazwisko i imię |  |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nr i seria dowodu |  |
| (zaznaczyć właściwy kwadrat stawiając w kratce znak X) |
|  rodzic |  pełnoletni uczeń |  dyrektor szkoły/ośrodka/kolegium |  osoba (podmiot) sprawująca pieczę zastępczą nad uczniem |
| 1. **Dane ucznia, dla którego ma być przyznane stypendium:**
 |
| Nazwisko i imię ucznia |  |
| Nazwisko i imię ojca |  |
| Nazwisko i imię matki |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| PESEL ucznia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nr tel. kontaktowego** |  |
| 1. **Adres stałego zameldowania:**
 |
| Miejscowość |  | Kodpocztowy |  |  | - |  |  |  |
| Ulica i nr domu |  |
| 1. **Adres zamieszkania**
 |
| Miejscowość, nr domu |  | Kodpocztowy |  |  | - |  |  |  |
| 1. **Dane o szkole**
 |
| Nazwa i adres szkoły |  |
| Typ szkoły |  |
| W roku szkolnym ...................... jest uczniem/słuchaczem klasy: |
| 1. **Pożądana forma stypendium szkolnego:**
 |
| (należy zaznaczyć pożądaną formę stawiając w kratce znak X) |
|  Całkowite lub częściowe pokrycie kosztów udziału w płatnych zajęciach edukacyjnych, w tym wyrównawczych, wykraczających poza zajęcia realizowane w szkole w ramach planu nauczania,  |
|  Całkowite lub częściowe pokrycie udziału w płatnych zajęciach edukacyjnych realizowanych poza szkołą |
|  Pomoc rzeczowa o charakterze edukacyjnym, w tym w szczególności zakup podręczników |
|  Całkowite lub częściowe pokrycie kosztów związanych z pobieraniem nauki poza miejscem zamieszkania |
|  Świadczenie w formie pieniężnej w przypadku, jeżeli udzielenie stypendium w w/w formach nie jest możliwe (na jakie cele?).............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |
| 1. **Oświadczenie o sytuacji rodzinnej i materialnej ucznia**
 |
| Lp. | Nazwisko i imię | Dataurodzenia | Stopień pokrewieństwa | Miejsce pracy – nauki | Wysokość dochodu netto za miesiąc poprzedzający złożenie wniosku |
|  |  |  | wnioskodawca |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| A | **Łączny dochód rodziny**(suma miesięcznych dochodów osób w rodzinie) |  |
| B | **Średni dochód na 1 osobę w rodzinie** (dochód rodziny z poz. A podzielony przez liczbę osób w rodzinie) |  |
| 1. **Przyczyną trudnej sytuacji rodzinnej ucznia jest:**
 |
| (zaznaczyć właściwy kwadrat stawiając w kratce znak X) |
|  bezrobocie |
|  niepełnosprawność |
|  ciężka i długotrwała choroba |
|  wielodzietność |
|  brak umiejętności wypełniania funkcji opiekuńczo-wychowawczych |
|  alkoholizm |
|  narkomania |
|  rodzina niepełna  |
|  zdarzenie losowe |
| 1. **Oświadczam, że uczeń otrzymuje / nie otrzymuje (właściwe podkreślić) inne stypendium o charakterze socjalnym ze środków publicznych w wysokości ................. zł przyznane przez ............................................................**
 |
| 1. **Uzasadnienie wniosku** ...............................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| Imię i nazwisko właściciela rachunku |  |
| Nr rachunku bankowego |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oświadczam, że:- dane podane we wniosku są zgodne z prawdą,**- zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić organ, który przyznał stypendium, o ustaniu przyczyn stanowiących podstawę przyznania świadczenia,**- jestem świadomy, że należności z tytułu nienależnie pobranego stypendium szkolnego podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji,- wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie oraz udostępnianie danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku, dla potrzeb realizacji programu stypendialnego,- zostałem pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań przewidzianej w art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny ( t.j. Dz. U. z 2021 poz. 735)Art. 233 Kodeksu karnego§ 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 pozbawianie wolności od 6 miesięcy do lat 8.§1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w §1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.  |
| ........................................................  (miejscowość, data) | .................................................................. (podpis wnioskodawcy / osoby reprezentującej osobę uprawnioną ) |

Do wniosku dołączam:

1. zaświadczenie / oświadczenie\* o dochodach za miesiąc poprzedzający datę złożenia wniosku,
2. decyzja i odcinek renty/ emerytury z ZUS/KRUS lub innych.
3. oświadczenie wnioskodawcy o łącznych dochodach w rodzinie (uwzględnić źródła dochodu wszystkich osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe łącznie z zasiłkami rodzinnymi, pielęgnacyjnymi, dodatkami z tytułu dojazdów itp.)
4. zaświadczenie z Urzędu Gminy o pobieranym dodatku mieszkaniowym,
5. zaświadczenia z Powiatowego Urzędu Pracy
6. zaświadczenia o wielkości dochodu z gospodarstwa rolnego
7. zaświadczenie o uczęszczaniu dziecka do szkoły
8. dowód opłacania składki na ubezpieczenie społeczne rolników
9. inne dowody..................................................................................................................................
10. ......................................................................................................................................................
11. .......................................................................................................................................................

Zapoznałam/łem się z informacją dla wnioskodawcy i zasadami rozliczania pomocy materialnej dla uczniów.

 ...........................................................

 (podpis wnioskodawcy)

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Ja, niżej podpisany/a

..............................................................................................................................................................................................

zamieszkały/a ......................................................................................................................................................................

legitymujący/a się dowodem osobistym ...................................., PESEL............................................................................

1. na podstawie art. 10 ustawy z dnia 25 marca 2011r. o ograniczaniu barier administracyjnych dla obywateli i przedsiębiorców (Dz. U. z 2011 r., Nr 106, poz. 622 z późn. zm.), art. 57 ust 3c i art. 107 ust 5b, ust. 5d ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2020 r., poz. 1876 z późn. zm.)

oświadczam, że **uzyskałem/łam / nie uzyskałem/łam\*** w miesiącu ........................................... dochód dzięki pracy dorywczej wysokości ................................................ zł,

(słownie złotych:...............................................................................................)

1. Gospodarstwo rolne:

**Posiadam/nie posiadam**\* na terenie Gminy Olszanica gospodarstwo rolne o powierzchni ........................................ ha przeliczeniowych, **jestem/nie jestem**\* płatnikiem podatku rolnego.

**Posiadam/nie posiadam**\* na terenie innej gminy gospodarstwo rolne o powierzchni .............................................. ha przeliczeniowych, **jestem/nie jestem**\* płatnikiem podatku rolnego.

1. oświadczenie o uzyskaniu dochodu, o którym mowa w art. 8 ust. 11 i 12 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (jed. tekst Dz. U. z 2020 r., poz. 1876 z późn. zm. )
2. Oświadczam, że w ciągu 12 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku lub w okresie pobierania świadczenia z pomocy społecznej **uzyskałem/am / nie uzyskałem/am** \* dochód jednorazowy przekraczający pięciokrotnie kwotę:
3. kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej w przypadku osoby samotnie gospodarującej\*1,
4. kryterium dochodowego rodziny, w przypadku osoby w rodzinie\*2.
5. Oświadczam, że **uzyskałem(am) / nie uzyskałem(am**) \* jednorazowo dochód należny za dany

okres, o którym mowa w art. 8 ust. 12 Ustawy o Pomocy Społecznej.

Wysokość uzyskanego dochodu ................................... z tytułu ............................................................................

data uzyskania dochodu .........................................okres, za który dochód uzyskano...............................................

**Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającego z art. 233 §1 i §1a Kodeksu Karnego(\*)**

Miejscowość, data .........................................................

 ............................................................. .............................................................

 (podpis osoby przyjmującej oświadczanie) (podpis osoby składającej oświadczenie)

**(\*) 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

 **§ 1a.** - Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

**(\*\*) Art. 109 Ustawy o Pomocy Społecznej**

Osoby i rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej są obowiązane niezwłocznie poinformować organ, który przyznał świadczenie, o każdej zmianie w ich sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, które wiąże się z podstawą do przyznania świadczeń.

\* Właściwe podkreślić

1 Kryterium dochodowe osoby samotnie gospodarującej wynosi 701,00 zł.

2 Kryterium dochodowe rodziny oblicza się: 528,00 zł pomnożyć prze liczbę osób w rodzinie.



**Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2020 r., poz. 1444 z późn. zm.) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy(\*)**

Mój dochód w miesiącu ……………………..…. z tytułu:

1/ świadczeń rodzinnych wyniósł: .................................................................................................

2/ innych świadczeń z GOPS wyniósł: .........................................................................................

3/pobieranego dodatku mieszkaniowego wyniósł : .....................................................................

4/ pobieranego dodatku energetycznego wyniósł: .........................................................................

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego zawiadomienia GOPS w Olszanicy o zmianie mojej sytuacji osobistej lub majątkowej mającej wpływ na otrzymanie świadczenia.

............................................................

 (podpis osoby składającej oświadczenie)

Stwierdzam własnoręczność podpisu.

.............................................................

 (podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

**(\*) art. 233 KK**

*§ 1 – Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sadowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę, podlega karze pozbawiania wolności od 6 miesięcy do lat 8.*

*§ 2 - Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.*

Olszanica, dnia................................

.............................................

 (imię i nazwisko)

.............................................

 (adres)

PESEL....................................

**O Ś W I A D C Z E N I E**

**Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2020 r., poz. 1444 z późn. zm.) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy(\*)**

 Oświadczam, że moje dziecko/dzieci\*\* ...................................................................................... **pobiera/nie pobiera**\*\* ze środków publicznych inne stypendium o charakterze socjalnym.

 ..........................................................

 (podpis)

**(\*) art. 233 KK**

*§ 1 – Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sadowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie umowy, zeznaje nieprawdę, podlega karze pozbawiania wolności od 6 miesięcy do lat 8.*

*§ 2 - Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przeczenie*

*\*\** niewłaściwe skreślić

Olszanica, dnia ……………

…………………………………….

 imię i nazwisko

…………………………………….

 adres zamieszkania

……………………………………

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

 Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Olszanicy do celów realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (t.j. Dz. U. z 2020 poz. 1327z późn. zm.), tj. realizacji stypendiów szkolnych, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 – Dz.Urz. UE L 119 z 04.05.2016)

 …………………..… ……….………….……

 (podpis przyjmującej oświadczenie)

 (podpis składającej oświadczenie)

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Olszanicy**

 W związku z realizacją wymogów 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 „RODO” Dz. Urz.UE L 119 z 04.05.2016) Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Olszanicy informuje o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.

Poniższe zasady stosuje się począwszy od 25 maja 2018 roku.

**I. Wskazanie administratora danych**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Kierownik Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Olszanicy, 38 – 722 Olszanica 81, tel. 134617045

**II. Wskazanie inspektora ochrony danych**

Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych, adres do korespondencji: Inspektor Ochrony Danych Osobowych, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Olszanicy, 38 – 722 Olszanica 81, tel. 606762223, e-mail: gfx-consulting@wp.pl

**III. Cele oraz podstawa prawna przetwarzania Pani/Pana danych osobowych**

Pani\Pana dane osobowe będą przetwarzane tylko w celach realizacji przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Olszanicy zadań wynikających z ustawy z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (t.j. Dz. U. z 2020, poz.1327z poźn. zm), tj. przyznania i wypłaty stypendiów szkolnych – art. 90d, 90n ust. 2-5a

**IV. Obowiązek podania danych osobowych**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym, wynika z realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa i jest warunkiem otrzymania świadczenia pomocy materialnej dla uczniów, a osoba której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania – niepodanie danych skutkuje wydaniem decyzji administracyjnej odmawiającej prawa od świadczeń pomocy materialnej o charakterze socjalnym.

**V. Informacje o odbiorcach Pani/Pana danych osobowych**

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych w celach wskazanych w pkt. III, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane następującym odbiorcom bądź kategoriom odbiorców:

organom władzy publicznej oraz podmiotom wykonującym zadania publiczne lub działającym na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów prawa np. sąd, urząd skarbowy, banki, ZUS, KRUS, szkoły.

**VI. Okresy przetwarzania danych osobowych**

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Olszanicy przez okres wymagalny i zgodny z Zarządzeniem Nr 38/2014 Kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Olszanicy z dnia 2 października 2014r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania składnicy z późn.zm.

**VII. Prawa osoby, której dane dotyczą**

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Olszanicy pragnie zapewnić Panią/Pana, że przysługują Pani/Panu odpowiednie prawa wynikające z RODO, a to:

1.prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;

2.prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych,

3.prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. „prawo do bycia zapomnianym”),

4.prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych,

5.prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych,

6.prawo do przenoszenia danych.

**VIII. Prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych**

W zakresie, w jakim udzielił/a Pan/Pani zgody na przetwarzanie danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do jej cofnięcia. Cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

**IX. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany ani też w formie profilowania.**

**X.** Na etapie prowadzenia postępowania administracyjnego w konkretnym zakresie, pracownik prowadzący postępowanie może pozyskiwać dane osobowe z innych instytucji, baz danych, zbiorów, programów, systemów itd. dopuszczalnych przepisami prawa.

**IX. Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**

Prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel. 22 531 03 00, fax. 22 531 03 01 kancelaria@giodo.gov.pl

Powyższa klauzula ma zastosowanie również do przyszłych działań organu w zakresie przetwarzania danych osobowych przy przyznawaniu pomocy materialnej dla uczniów na rok szkolny 2021/2022.

Potwierdzam zapoznanie się z Klauzulą informacyjną GOPS w Olszanicy

……………………………………….

(podpis)