**WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY MATERIALNEJ O CHARAKTERZE SOCJALNYM**

 **W FORMIE STYPENDIUM SZKOLNEGO \* ; ( ZASIŁKU SZKOLNEGO )- NA ROK SZKOLNY**

 **……………………/……………………**

1. **Wnioskodawca** : \* rodzic ucznia ; \*opiekun prawny ucznia; \*pełnoletni uczeń; \* dyrektor\szkoły

*( \* niepotrzebne skreślić)*

**Dane osobowe wnioskodawcy :**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko   |   |
| Telefon   |   |
| PESEL    |

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

 |
| Adres zamieszkania   |   |

1. **Dane osobowe ucznia :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko**  |  |
| **PESEL**  |

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

 |
| Adres zamieszkania ucznia   |   |

1. **Informacja o szkole:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa szkoły**  |  **Klasa**  | **Adres szkoły / telefon**  |
|  |  |  |

1. **Pożądana forma stypendium szkolnego**

( Proszę dokonać wyboru pożądanej formy wstawiając znak X do odpowiedniego okienka)

 częściowe lub całkowite pokrycie kosztów udziału w zajęciach edukacyjnych, w tym wyrównawczych, wykraczających poza zajęcia realizowane w szkole w ramach planu nauczania,

 częściowe lub całkowite pokrycie kosztów udziału w zajęciach edukacyjnych realizowanych poza szkołą

 pomoc rzeczowa o charakterze edukacyjnym,

 częściowe lub całkowite pokrycie kosztów związanych z pobieraniem nauki poza miejscem zamieszkania (dot. wyłącznie uczniów szkół ponadgimnazjalnych i słuchaczy)

1. **SYTUACJA SPOŁECZNA W RODZINIE UCZNIA** ( informacje uzasadniające przyznanie stypendium szkolnego ; (\* zasiłku szkolnego) .

(należy wskazać przesłanki takie jak : trudna sytuacja materialna, niepełnosprawność, ciężka lub długotrwała choroba, wielodzietność, brak umiejętności wykonywania funkcji opiekuńczo – wychowawczej, bezrobocie, alkoholizm, narkomania, rodzina jest niepełna, zdarzenie losowe (jakie), inne )

Charakterystyka problemów występujących w rodzinie :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..…….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……

1. **Dane o dochodach netto osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym** ucznia/słuchacza, uzyskanych w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony .

**OŚWIADCZENIE O SKŁADZIE RODZINY I SYTUACJI MATERTIALNEJ RODZINY** .) \*\*\*

Rodziną w rozumieniu art. 6 pkt.14 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej ( t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. **1508 z późn. zm.)** są osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Imię i Nazwisko**  | **Data urodzenia**  | **Stopień pokrewień stwa**  | **Źródło dochodu**  | **Wysokość dochodu w zł (netto)**  |
|  1.  |    |   |   |   |   |
|  2.  |    |   |   |   |   |
|  3.  |    |   |   |   |   |
|  4.  |    |   |   |   |   |
|  5.  |    |   |   |   |   |
|  6.  |    |   |   |   |   |
|  7.  |    |   |   |   |   |
|  8.  |    |   |   |   |   |
|  9.  |    |   |   |   |   |
| 10.   |   |   |   |   |   |

**Łączny dochód rodziny ucznia :**

\*( niepotrzebne skreślić): \*\*\* (przed wypełnieniem tabelki należy zapoznać się i „Instrukcją”.

Wyżej wymienione dochody należy udokumentować.

6. 1. Wydatki rodziny: Alimenty świadczone na rzecz innych osób w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku wynosiły …………………. Zł

**(wyżej wymienione wydatki należy udokumentować)**

1. 2. Dochód miesięczny na 1 osobę w rodzinie wyniósł …………………… zł .

**(Od sumy dochodów należy odjąć wydatki rodziny i wynik podzielić przez liczbę osób wymienionych w oświadczeniu o składzie rodziny)**

1. **INFORMACJA O INNYCH STYUPENDIACH O CHARAKTERZE SOCJALNYM ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH POBIERANYCH W ROKU SZKOLNYM 20…./20… PRZEZ UCZNIA UBIEGAJĄCEGO SIĘ O STYPENDIUM SZKOLNE .**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rodzaj stypendium socjalnego, które uczeń będzie otrzymywał w roku szkolnym 20…./20….  | Stypendium zostało przyznane na okres:  | Łączna kwota przyznanego stypendium w roku szkolnym 20…/20… wyniesie:  |
|    |   |   |

**Oświadczam że :**

* 1. Posiadam pełnię praw rodzicielskich/ jestem opiekunem prawnym dziecka/dzieci wymienionych we wniosku **TAK ; NIE ; NIE DOTYCZY** \* ( niepotrzebne skreślić)
	2. Jestem pełnoletnim uczniem wnioskującym o przyznanie stypendium **TAK ; NIE : NIE** **DOTYCZY** \* ( niepotrzebne skreślić)
	3. W roku szkolnym …………/…………uczęszczam/ moje dziecko uczęszcza do szkoły wymienionej we wniosku a w **przypadku rezygnacji z nauki lub zaprzestania realizacji obowiązku szkolnego niezwłocznie powiadomię o tym podmiot realizujący wypłatę świadczenia .**
	4. Ja niżej podpisana/podpisany na podstawie art. 90b ust. 2 oraz art. 90e ust. 2 ustawy z 7 września 1991 r. o systemie oświaty (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1457, z późn.zm.) oświadczam, że w przypadku przyznania stypendium o charakterze socjalnym w roku szkolnym 20…/20… w formie świadczenia pieniężnego zostanie ono przeznaczone na pokrycie wydatków związanych z procesem edukacyjnym wymienionych we wniosku uczniów . Jednocześnie **zobowiązuję się** do gromadzenia faktur i rachunków imiennych potwierdzających celowość wydatków i przedstawienia ich na każdorazowe żądanie Organu przyznającego stypendium, oraz **zobowiązuję się** niezwłocznie powiadomić w przypadku zmiany adresu oraz zmian mających wpływ na uprawnienia do pobierania stypendium szkolnego np. podjęcie lub utraty zatrudnienia , zmiana miejsca zamieszkania ucznia, zaprzestania nauki itp.
	5. Inne ważne informacje ( np. dot. Utraty dochodu w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia oświadczenia)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

FORMY PRZEKAZANIA STYPENDIOUM

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RACHUNEK BANKOWY  | Nr  |  |  |
|   |   |   | -  |   |   |   |   | -  |   |   |   |   | -  |   |   |   |   | -  |   |   |   |   | -  |   |   |   |   | -  |   |   |   |   |
|   ( imię i nazwisko, PESEL właściciela konta | )  |  |
| WYPŁATA W KASIE BANKU  |   |

# OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

 Działając na podstawie art. 13 Rozporządzenia 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 ( Dz.U.UE.L .z 2016 r. nr 119, s.1. ze zm.) dalej zwanej jako „RODO” i w związku ze zebraniem danych osobowych od osoby, której dane dotyczą ( klienta Ośrodka) informuję iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubiczu, ul. Toruńska 56, 87-162 Lubicz Dolny, tel.: 56 674-21-55

2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie na adres Administratora wskazany w punkcie 1.

3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu ustalenia i wypłacenia stypendium szkolnego/ zasiłku szkolnego dochodzenia zwrotu nienależnie pobranych świadczeń, jak również w celu realizacji praw oraz obowiązków wynikających z przepisów prawa (art.6.ust.1.lit.c i e RODO) oraz ustawy z dnia 7 września 1991 r. – o systemie oświaty; ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej; ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego; ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

1. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, do czasu ustania celu ich przetwarzania, nie dłużej niż 5 lat od dnia zaprzestania wypłacania stypendium sazkolnego bądź zasiłku szkolnego .
2. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
3. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię)
4. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, przysługują Pani/Panu następujące prawa:
5. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
6. prawo do sprostowania (poprawienia) swoich danych osobowych;
7. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
8. prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa)w sytuacji gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzania danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) .
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji kontaktów z Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Lubiczu. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwe uzyskanie szeroko pojętej pomocy przewidzianej prawem, a także realizacja innych wniosków, z którymi Pani/Pan wystąpi.
10. Pani/Pana dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa .

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

……………………………………………………. ……………………………………………….

(Data i podpis osoby przyjmującej) (Data i podpis wnioskodawcy)

 Do wniosku załączam:

* 1. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
	2. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
	3. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………

*Potwierdzenie uczęszczania do szkoły przez ucznia ubiegającego się o stypendium*

*Potwierdzam, że ………………………………………………………………………………………………………………………*

 *(imię i nazwisko ucznia)*

*W roku szkolnym ……………………………………………. Jest uczniem klasy ………………………………………….*

*Szkoły ………………………………………………………………………………………………………………………………………*

 *(nazwa i adres placówki)*

*………………………………………………….. …………………………………………*

 *(pieczęć szkoły) (data i podpis )*

**Instrukcja:**

1. Przez ucznia należy rozumieć także wychowanka ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego oraz słuchacza kolegium pracowników służb społecznych.

2 Wniosek mogą złożyć: rodzice /prawni opiekunowie niepełnoletniego ucznia , pełnoletni uczeń, dyrektor szkoły.

1. Przez szkołę należy rozumieć również ośrodek rewalidacyjno-wychowawczy, kolegium pracowników służb społecznych.
2. Za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, pomniejszoną o miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych; składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych przepisach ,kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób.
3. **Do dochodu ustalonego zgodnie z ust. 3 nie wlicza się:**

5.1 jednorazowego pieniężnego świadczenia socjalnego;

1. zasiłku celowego;
	1. pomocy materialnej mającej charakter socjalny albo motywacyjny, przyznawanej na podstawie przepisów o systemie oświaty;
	2. wartości świadczenia w naturze;
	3. świadczenia przysługującego osobie bezrobotnej na podstawie przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z tytułu wykonywania prac społecznie użytecznych;
	4. świadczenia pieniężnego i pomocy pieniężnej, o których mowa w ustawie z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 690);
	5. dochodu z powierzchni użytków rolnych poniżej 1 ha przeliczeniowego;
	6. świadczenia wychowawczego, o którym mowa w ustawie z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci ( t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2134 z późn.zm.), oraz dodatku wychowawczego, o którym mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej ( t.j. Dz. U. z 2019 r. poz.1111 z późn.zm.);
	7. świadczenia pieniężnego, o którym mowa w **art. 8a** *świadczenie pieniężne* ust. 1 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka ( t.j.Dz. U. z 2018 r. poz. 1272 z późn.zm.).

1. W stosunku do osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą:
	1. **opodatkowaną podatkiem dochodowym od osób fizycznych na zasadach określonych w** **przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych** – za dochód przyjmuje się przychód z tej działalności pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, obciążenie podatkiem należnym określonym w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych i składkami na ubezpieczenie zdrowotne określonymi w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, związane z prowadzeniem tej działalności oraz odliczonymi od dochodu składkami na ubezpieczenia społeczne niezaliczonymi do kosztów uzyskania przychodów, określonymi w odrębnych przepisach, z tym że dochód ustala się, dzieląc kwotę dochodu z działalności gospodarczej wykazanego w zeznaniu podatkowym złożonym za poprzedni rok kalendarzowy przez liczbę miesięcy, w których podatnik prowadził

działalność, a jeżeli nie prowadził działalności, za dochód przyjmuje się kwotę zadeklarowaną w oświadczeniu tej osoby;

* 1. **opodatkowaną na zasadach określonych w przepisach o zryczałtowanym podatku** **dochodowym** od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne – za dochód przyjmuje się kwotę zadeklarowaną w oświadczeniu tej osoby.

* 1. **Wysokość dochodu** z pozarolniczej działalności gospodarczej w przypadku prowadzenia działalności **opodatkowanej na zasadach** określonych w przepisach o podatku dochodowym **ustala się na od osób fizycznych podstawie zaświadczenia wydanego przez naczelnika** **właściwego urzędu skarbowego**, zawierającego informację o wysokości:
1. przychodu;
2. kosztów uzyskania przychodu;
3. różnicy pomiędzy przychodem a kosztami jego uzyskania;
4. dochodów z innych źródeł niż pozarolnicza działalność gospodarcza w przypadkach, o których mowa w ust. 6;
5. odliczonych od dochodu składek na ubezpieczenia społeczne;
6. należnego podatku;
7. odliczonych od podatku składek na ubezpieczenie zdrowotne związanych z prowadzeniem pozarolniczej działalności gospodarczej.

6.4 **Wysokość dochodu** z **pozarolniczej działalności gospodarczej** w przypadku prowadzenia działalności na zasadach określonych w przepisach **o zryczałtowanym podatku dochodowym** od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne ustala się na podstawie **zaświadczenia wydanego przez naczelnika właściwego urzędu skarbowego zawierającego** informację o formie opodatkowania oraz **na podstawie dowodu opłacenia składek w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych.**

Przyjmuje się, że z 1 ha przeliczeniowego uzyskuje się dochód miesięczny w wysokości 288,-

 **Na udokumentowanie dochodów należy dołączyć:**

1. Ze stosunku pracy - zaświadczenia o wysokości dochodów,
2. Z tytułu renty, emerytury, świadczeń przedemerytalnych - odcinek świadczenia, decyzję ZUS
3. Zasiłek macierzyński, zasiłek chorobowy wypłacany przez O/ZUS – zaświadczenie ZUS
4. Z tytułu osiągniętych dochodów z działalności gospodarczej opodatkowanych na zasadach określonych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych - Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego ( według pkt 6.3 instrukcji)
5. Z tytułu działalności opodatkowanej zryczałtowanym podatkiem dochodowym - zaświadczenie z Urzędu Skarbowego (wg. pkt. 6.4 instrukcji)
6. Osiągnięte dochody nieopodatkowane:

 Alimenty ( wyrok, ugoda, lub oświadczenie) Zasiłek rodzinny, fundusz alimentacyjny, zasiłek pielęgnacyjny, świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy, dodatek mieszkaniowy, dodatek energetyczny – decyzja przyznająca bądź oświadczenie .

1. Stypendium z wyłączeniem stypendium szkolnego: - zaświadczenie lub oświadczenie
2. Dochód z gospodarstwa rolnego : liczba hektarów przeliczeniowych – zaświadczenie, nakaz płatniczy