

## WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM SZKOLNEGO

|                                                                                                                                                                                           |                                          |              |                           |                                                |                               |       |                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------|---------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|-------|-------------------------------------------|
| <b>I</b>                                                                                                                                                                                  | <b>WNIOSKODAWCA</b> (właściwe zaznaczyć) |              |                           |                                                |                               |       |                                           |
| <input type="checkbox"/> RODZIC/ OPIEKUN PRAWNY UCZNIA/UCZENNICY<br><input type="checkbox"/> PEŁNOLETNI UCZEŃ/UCZENNICA<br><input type="checkbox"/> DYREKTOR SZKOŁY, OŚRODKA LUB KOLEGIUM |                                          |              |                           |                                                |                               |       |                                           |
| <b>II</b>                                                                                                                                                                                 | <b>DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY</b>         |              |                           |                                                |                               |       |                                           |
| Imię i nazwisko:                                                                                                                                                                          |                                          |              |                           |                                                |                               |       |                                           |
| PESEL <sup>1</sup>                                                                                                                                                                        |                                          |              |                           |                                                |                               |       | Seria i nr dowodu osobistego <sup>1</sup> |
| Telefon:                                                                                                                                                                                  |                                          |              |                           |                                                |                               |       |                                           |
| Adres zameldowania (na pobyt stały) <sup>1</sup>                                                                                                                                          |                                          |              |                           |                                                |                               |       |                                           |
| Adres zamieszkania/ do korespondencji <sup>1</sup>                                                                                                                                        |                                          |              |                           |                                                |                               |       |                                           |
| <b>III</b>                                                                                                                                                                                | <b>DANE OSOBOWE UCZNIA/UCZENNICY</b>     |              |                           |                                                |                               |       |                                           |
| L.p.                                                                                                                                                                                      | Imię i nazwisko ucznia                   | PESEL ucznia | Adres zamieszkania ucznia | Imiona i nazwiska rodziców/ opiekunów prawnych | Dokładna nazwa i adres szkoły | Klasa |                                           |
| 1                                                                                                                                                                                         |                                          |              |                           |                                                |                               |       |                                           |
| 2                                                                                                                                                                                         |                                          |              |                           |                                                |                               |       |                                           |
| 3                                                                                                                                                                                         |                                          |              |                           |                                                |                               |       |                                           |
| 4                                                                                                                                                                                         |                                          |              |                           |                                                |                               |       |                                           |
| 5                                                                                                                                                                                         |                                          |              |                           |                                                |                               |       |                                           |
| 6                                                                                                                                                                                         |                                          |              |                           |                                                |                               |       |                                           |

<sup>1</sup> nie wypełniać w przypadku gdy wnioskodawcą jest dyrektor szkoły

#### IV Informacja

Informuję, że:

- Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, 2281 ze zm.) informuję, że:
- ✓ Pana/i/ dane osobowe są przetwarzane przez administratora danych: Urząd Gminy w Krzęcinie z siedzibą przy ul. Tylnej 7;
- ✓ Pana/i/ dane osobowe będą przetwarzane dla celów związanych z ustaleniem uprawnień do otrzymania **stypendium szkolnego** w oparciu o ustawę z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156 ze zm.)
- ✓ Podanie danych osobowych jest obowiązkowe w zakresie niezbędnym do ustalenia uprawnień oraz udzielania stypendiów szkolnych i wynika z ustawy z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (Dz. U. 2015 r. poz. 2156 ze zm.). Odmowa lub uniemożliwianie ich pozyskania albo podanie danych fałszywych lub nieaktualnych uniemożliwi prawidłowe rozpatrzenie tego wniosku.
- ✓ Ma Pana/i/ prawo do wglądu do treści swoich danych oraz prawo do ich poprawiania. Z uprawnienia tego może Pan/i/ skorzystać w Urzędzie Gminy w Krzęcinie przy ul. Tylnej 7 albo drogą pocztową.

● Zgodnie z art. 10 § 1 *Kodeksu postępowania administracyjnego* (Dz. U. z 2016 r. poz. 23 ze zm.) przysługuje Panu/i/ prawo czynnego udziału w prowadzonym przez tut. Urząd postępowaniu, a przed wydaniem decyzji ma Pan/i/ prawo wypowiedzieć się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań,

● Może Pan/i/ zapoznać się z dokumentacją posiadaną przez tut. Urząd w prowadzonej w/w sprawie, sporządzać z akt sprawy notatki, odpisy oraz żądać uwierzytelnienia sporządzonych przez siebie odpisów z akt sprawy lub wydania z akt sprawy uwierzytelnionych odpisów, o ile jest to uzasadnione Pana/i/ ważnym interesem (art. 73 §1 i §2 *Kodeksu postępowania administracyjnego*),

● W toku prowadzenia postępowania zobowiązany/a/ jest Pan/i/ zawiadomić tut. Urząd o każdorazowej zmianie swego adresu. W przypadku zaniechania tego obowiązku doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem będzie miało skutek prawny (art. 41 *Kodeksu postępowania administracyjnego*).

● Zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Urząd Gminy w Krzęcinie o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania stypendium szkolnego.

● Nienależnie pobrane stypendium szkolne podlega ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (art. 90 o ust 5 cyt. na wstępie ustawy).

● Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o tym, iż na podstawie art. 36 § 1 i 2 *Kodeksu postępowania administracyjnego* z przyczyn niezależnych, wynikających głównie z terminu otrzymania decyzji o wysokości dotacji przyznanej z budżetu państwa na zadanie z zakresu pomocy materialnej dla uczniów, nie będzie możliwe rozpatrzenie wniosku/ów o przyznanie stypendium szkolnego w terminie określonym w art. 35 KPA. Decyzja na I półroczu (rozstrzygająca w części) zostanie wydana w terminie 2 miesięcy od daty złożenia wniosku, natomiast decyzja na II półroczu rozstrzygająca w całości zostanie wydana do końca czerwca danego roku szkolnego.

● Ja, niżej podpisany/a **oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającej z art. 233 §1 i § 6 kodeksu karnego (Dz. U. z 1997 r. Nr 88 poz. 553 ze zm.)** – „Kto, składając zeznanie lub oświadczenie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę lub składa fałszywe oświadczenie, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3” – oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe.

**Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości w/w informacje i rozumiem ich treść.**

.....  
(podpis osoby udzielającej informacji)

.....  
(data i podpis osoby przyjmującej do wiadomości informację)

|                                                                                           |                          |                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>V</b>                                                                                  |                          |                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>WNIOSKOWANA FORMA ŚWIADCZENIA POMOCY MATERIALNEJ</b> (należy wybrać preferowaną formę) |                          |                                                                                                                                                                                                                                               |
| 1                                                                                         | <input type="checkbox"/> | całkowite lub częściowe pokrycie kosztów udziału w zajęciach edukacyjnych, w tym wyrównawczych, wykraczających poza zajęcia realizowane w szkole w ramach planu nauczania, a także udziału w zajęciach edukacyjnych realizowanych poza szkołą |
| 2                                                                                         | <input type="checkbox"/> | pomoc rzeczowa o charakterze edukacyjnym                                                                                                                                                                                                      |
| 3                                                                                         | <input type="checkbox"/> | świadczenie pieniężne<br><b>UZASADNIENIE w przypadku wybrania tej formy pomocy materialnej:</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>                                                                   |
| 4                                                                                         | <input type="checkbox"/> | całkowite lub częściowe pokrycie kosztów związanych z pobieraniem nauki poza miejscem zamieszkania (dot. uczniów szkół ponadgimnazjalnych, słuchaczy kolegów)                                                                                 |

|                                                         |                                                                                         |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>VI</b>                                               |                                                                                         |
| <b>SYTUACJA SPOŁECZNA W RODZINIE UCZNIA/UCZENNICY</b>   |                                                                                         |
| W rodzinie występuje (właściwe zaznaczyć)               |                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> bezrobocie                     | <input type="checkbox"/> brak umiejętności wypełniania funkcji opiekuńczo-wychowawczych |
| <input type="checkbox"/> niepełnosprawność              | <input type="checkbox"/> alkoholizm lub narkomania                                      |
| <input type="checkbox"/> ciężka lub długotrwała choroba | <input type="checkbox"/> rodzina niepełna lub wystąpienie zdarzenia losowego            |
| <input type="checkbox"/> wielodzietność                 |                                                                                         |

| <b>VII</b>                                                                                                                                                                                                       |                 |                       |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|-------------------------|
| <b>SYTUACJA RODZINNA I MATERIALNA UCZNIA/UCZENNICY</b>                                                                                                                                                           |                 |                       |                         |
| Oświadczam, że moja rodzina składa się z niżej wymienionych osób, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (należy wpisać wszystkich członków rodziny łącznie z uczniem na którego składany jest wniosek) |                 |                       |                         |
| Lp.                                                                                                                                                                                                              | Imię i nazwisko | Stopień pokrewieństwa | Miejsce pracy lub nauki |
| 1                                                                                                                                                                                                                |                 |                       |                         |
| 2                                                                                                                                                                                                                |                 |                       |                         |
| 3                                                                                                                                                                                                                |                 |                       |                         |
| 4                                                                                                                                                                                                                |                 |                       |                         |
| 5                                                                                                                                                                                                                |                 |                       |                         |
| 6                                                                                                                                                                                                                |                 |                       |                         |
| 7                                                                                                                                                                                                                |                 |                       |                         |
| 8                                                                                                                                                                                                                |                 |                       |                         |

Dochody za miesiąc poprzedzający złożenie wniosku o stypendium wymienionych powyżej członków gospodarstwa domowego ucznia ( przypadku utraty dochodu podaje się dochody z miesiąca składania wniosku) **UWAGA – osoby niekorzystające w m-cu składania wniosku z pomocy społecznej dochody muszą udokumentować stosownym zaświadczeniem lub oświadczeniem.**

|                                                                                              |                                          |                                             |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|                                                                                              | Imię i nazwisko osoby uzyskującej dochód | Wysokość dochodu netto w zł                 |                                                           |
|                                                                                              |                                          | Z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku | Z miesiąca złożenia wniosku, gdy nastąpiła utrata dochodu |
| Wynagrodzenie ze stosunku pracy<br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |                                          |                                             |                                                           |
| Z umowy zlecenia, o dzieło<br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE      |                                          |                                             |                                                           |

|                                                                                                                                                       | Imię i nazwisko osoby uzyskującej dochód | Wysokość dochodu netto w zł                 |                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                       |                                          | Z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku | Z miesiąca złożenia wniosku, gdy nastąpiła utrata dochodu |
| Z tytułu renty, emerytury, świadczeń przedemerytalnych<br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                   |                                          |                                             |                                                           |
| Zasiłek, stypendium dla bezrobotnych<br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                     |                                          |                                             |                                                           |
| Dochód z prowadzonej działalności gospodarczej <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                              |                                          |                                             |                                                           |
| Alimenty <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE<br>Fundusz alimentacyjny <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |                                          |                                             |                                                           |
| Zasiłek rodzinny z dodatkami, zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                       |                                          |                                             |                                                           |
| Zasiłek pielęgnacyjny, świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE              |                                          |                                             |                                                           |
| Stypendia (z wyłączeniem pomocy materialnej o charakterze socjalnym)<br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                     |                                          |                                             |                                                           |
| Praktyki zawodowe <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                           |                                          |                                             |                                                           |
| Dodatek mieszkaniowy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                        |                                          |                                             |                                                           |
| Zasiłek stały z pomocy społecznej<br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                        |                                          |                                             |                                                           |
| Zasiłek okresowy z pomocy społecznej <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                        |                                          |                                             |                                                           |
| Dochody z gospodarstwa rolnego<br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                           |                                          |                                             |                                                           |
| Praca dorywcza <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                              |                                          |                                             |                                                           |
| Praca za granicą <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                            |                                          |                                             |                                                           |
| Pomoc rodziny <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                               |                                          |                                             |                                                           |
| Dochód z najmu <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                              |                                          |                                             |                                                           |
| Inne <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                                        |                                          |                                             |                                                           |
| Łączny dochód:                                                                                                                                        |                                          |                                             |                                                           |

| Zobowiązania alimentacyjne ponoszone przez członków gospodarstwa domowego ucznia na rzecz innych osób: |                                                   |                                                                                                                 |                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| L.p.                                                                                                   | Imię i nazwisko osoby zobowiązanej do alimentacji | Imię i nazwisko osoby uprawnionej do alimentów oraz stopień pokrewieństwa względem zobowiązanego do alimentacji | Miesięczna wysokość świadczonych alimentów |
| 1                                                                                                      |                                                   |                                                                                                                 |                                            |
| 2                                                                                                      |                                                   |                                                                                                                 |                                            |
| 3                                                                                                      |                                                   |                                                                                                                 |                                            |
| 4                                                                                                      |                                                   |                                                                                                                 |                                            |
| Łącznie zobowiązania                                                                                   |                                                   |                                                                                                                 |                                            |

Potwierdzenie dyrektora ze w/w osoba jest uczniem/słuchaczem\* danej szkoły:

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

.....  
(pieczęć szkoły)

.....  
(pieczętka i podpis dyrektora szkoły)

VIII    **Uczeń otrzymuje/ubiega się w roku szkolnym ...../..... o inne stypendia o charakterze socjalnym ze środków publicznych (właściwie zaznaczyć)**

☐ TAK (należy uzupełnić poniższą tabelę)    ☐ NIE

|   |                                               |                   |
|---|-----------------------------------------------|-------------------|
| 1 | Nazwa instytucji, która przyzna/ła stypendium |                   |
| 2 | Miesięczna wysokość stypendium                |                   |
| 3 | Okres, na który przyznano stypendium          | od ..... do ..... |

IX    **Oświadczam, że rodzina ucznia w miesiącu składania wniosku korzysta ze świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (właściwie zaznaczyć)**

☐ TAK    ☐ NIE

WYPEŁNIAJĄ OSOBY NIEKORZYSTAJĄCE W MIESIĄCU SKŁADANIA WNIOSKU ZE ŚWIADCZEŃ POMOCY SPOŁECZNEJ

Do wniosku dołączam następujące oświadczenia/zaświadczenia potwierdzające sytuację dochodową mojej rodziny:

W przypadku składania oświadczeń składa się je pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: "Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia."

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

**Wypełnia podmiot rozpatrujący wniosek – INFORMACJA O WERYFIKACJI FORMALNEJ I MERYTORYCZNEJ**

Ogółem w m-cu ..... r. rodzina uzyskała dochód ..... zł ..... gr.

Liczba członków rodziny: ..... Dochód rodziny w przeliczeniu na osobę wyniósł ..... zł ..... gr.

Wniosek spełnia kryteria przyznania pomocy: ☐ TAK    ☐ NIE

**Proponowana forma pomocy:**

Rzeczowa na okres od ..... do .....

W formie pieniężnej w kwocie ..... zł miesięcznie na okres od ..... do .....

.....  
podpis