

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
ul. Staszica 1D
67-100 Nowa Sól
podmiot realizujący świadczenia

Data wpływu wniosku

WNIOSEK
O PRZYZNANIE POMOCY MATERIALNEJ O CHARAKTERZE SOCJALNYM
W FORMIE STYPENDIUM SZKOLNEGO
na rok szkolny 20..../20....

1. Wypełniaj **WIELKIMI LITERAMI**
2. Pola wyboru zaznaczaj **X** lub **V**

CZĘŚĆ A - DANE IDENTYFIKACYJNE

WNIOSKODAWCA:

- rodzic, opiekun prawny niepełnoletniego ucznia
- pełnoletni uczeń
- dyrektor szkoły, ośrodka, kolegium

WNIOSKODAWCA		
Nazwisko	Imię	
Data urodzenia	Telefon*	
ADRES ZAMIESZKANIA		
Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Kod pocztowy	Miejscowość	

** Podanie przez Panią/Pana numeru telefonu jest dobrowolne i wymaga od Pani/Pana wyraźnej zgody. Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.*

Lp	DANE OSOBOWE UCZNIÓW		Nazwa i adres szkoły	Klasa
1	Nazwisko i imię ucznia			
	Data urodzenia			
	Adres zamieszkania			
	Nazwisko i imię matki			
	Nazwisko i imię ojca			
2	Nazwisko i imię ucznia			
	Data urodzenia			
	Adres zamieszkania			
	Nazwisko i imię matki			
	Nazwisko i imię ojca			
3	Nazwisko i imię ucznia			
	Data urodzenia			

	Adres zamieszkania			
	Nazwisko i imię matki			
	Nazwisko i imię ojca			
4	Nazwisko i imię ucznia			
	Data urodzenia			
	Adres zamieszkania			
	nazwisko i imię matki			
	nazwisko i imię ojca			
5	Nazwisko i imię ucznia			
	Data urodzenia			
	Adres zamieszkania			
	nazwisko i imię matki			
	nazwisko i imię ojca			

Jeżeli liczba dzieci, na które składany jest wniosek jest większa, należy dodatkowo wypełnić i dołączyć załącznik do wniosku o przyznanie pomocy materialnej o charakterze socjalnym w formie stypendium szkolnego.

CZEŚĆ B - SYTUACJA SPOŁECZNA W RODZINIE UCZNIĄ

W rodzinie występuje (właściwie zaznaczyć)		
1.	<input type="checkbox"/>	Trudna sytuacja materialna
2.	<input type="checkbox"/>	Bezrobocie
3.	<input type="checkbox"/>	Niepełnosprawność
4.	<input type="checkbox"/>	Ciężka lub długotrwała choroba
5.	<input type="checkbox"/>	Wielodzietność
6.	<input type="checkbox"/>	Brak umiejętności wykonywania funkcji opiekuńczo-wychowawczej
7.	<input type="checkbox"/>	Alkoholizm
8.	<input type="checkbox"/>	Narkomania
9.	<input type="checkbox"/>	Rodzina jest niepełna
10.	<input type="checkbox"/>	Zdarzenie losowe (jakie?)
11.	<input type="checkbox"/>	Inne

CZEŚĆ C - OŚWIADCZENIE O SYTUACJI RODZINNEJ UCZNIĄ

Rodzina składa się z niżej wymienionych osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (rodzina to osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku wspólnie zamieszkujące i gospodarujące):

Lp.	Nazwisko i imię	Status zawodowy**	Stopień pokrewieństwa
1.			
2.			
3.			

4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

** status zawodowy np. zakład pracy, szkoła, uczelnia, bezrobotny, emeryt, rencista, prowadzący własną działalność gospodarczą lub inne

Członkowie mojej rodziny są zobligowani do płacenia alimentów na rzecz innych osób spoza gospodarstwa domowego ***		
Lp.	Nazwisko i imię osoby zobowiązanej do alimentacji	Miesięczna kwota zasądzonych alimentów
1.		
2.		
3.		
Łączne zobowiązania:		

*** W przypadku płacenia alimentów na rzecz innych osób spoza gospodarstwa domowego do oświadczenia należy przedłożyć do wglądu wyrok zobowiązujący do płacenia alimentów oraz dokumenty potwierdzające dokonywanie wpłat np. przekaży, przelewy

CZĘŚĆ D - SYTUACJA DOCHODOWA RODZINY UCZNIĄ
<u>Dochody netto wszystkich członków rodziny</u> (suma m-cznych przychodów z m-ca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z m-ca, w którym wniosek został złożony, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, pomniejszone o m-czne obciążenie podatkiem od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie zdrowotne określone e przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych oraz ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych przepisach, kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób, wyniosły:

L.p.	Źródło dochodu	Nazwisko i imię osoby uzyskującej dochód	Wysokość dochodu z m-ca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z m - ca składania wniosku
1	Umowa o pracę, zlecenie, o dzieło zaświadczenie od pracodawcy o wysokości wynagrodzenia		
2	Działalność gospodarcza należy określić formę prowadzenia działalności gospodarczej) np.: na zasadach ogólnych, ryczałt, karta podatkowa		
3	Świadczenia ZUS emerytura/renta, świadczenia chorobowe, aktualna decyzja przyznająca świadczenie, lub odcinki rent lub emerytur, lub zaświadczenia z ZUS o wysokości pobieranych świadczeń		
4	Świadczenia z urzędu pracy Oświadczenie dot. zasiłki dla bezrobotnych, stypendia stażowe, dodatki szkoleniowe		
5	Dochód z gospodarstwa rolnego zaświadczenie o wielkości gospodarstwa w		

L.p.	Źródło dochodu	Nazwisko i imię osoby uzyskującej dochód	Wysokość dochodu z m-ca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z m - ca składania wniosku
	hektarach przeliczeniowych wraz z określeniem miesięcznej kwoty składek płaconych do KRUSU		
6	Alimenty aktualny wyrok sądowym oraz potwierdzenie otrzymywania zasądzonych alimentów zgodnie z wyrokiem. Zaświadczenie od komornika, gdy alimenty są ściągane przez komornika		
	Fundusz alimentacyjny		
7	Dodatek mieszkaniowy		
	dodatek energetyczny		
8	Świadczenia rodzinne zasiłki rodzinne, dodatki do zasiłków rodzinnych, zasiłki pielęgnacyjne, świadczenia pielęgnacyjne, urlop wychowawczy, świadczenie rodzicielskie		
9	Świadczenia pieniężne z pomocy społecznej zasiłek okresowy		
	zasiłek stały		
10	Praca za granicą umowa, zaświadczenie lub oświadczenie o dochodach		
11	Stypendia z innych źródeł w tym w szczególności inne stypendia socjalne oraz np. z uczelni wyższej, unijne, z tytułu nauki zawodu przez ucznia		
12	Inne dochody np. pomoc finansowa rodziny i prace dorywcze (oświadczenie)		
ŁĄCZNIE DOCHÓD NETTO			

Na podstawie art. 90 ust. 5a ustawy z dnia 07.09.1991 r. o systemie oświaty (t.j Dz. U. z 2020 r., poz. 1327 ze zm.) w związku z prowadzonym przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowej Soli postępowaniem administracyjnym w sprawie przyznania stypendium szkolnego, będąc stroną tego postępowania na swój wniosek oświadczam, że „jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”.

Nowa Sól, dnia

.....
czytelny podpis wnioskodawcy (osoby pełnoletniej)

CZEŚĆ E - WNISKOWANA FORMA STYPENDIUM SZKOLNEGO

Należy wstawić znak X obok pożądanej formy stypendium

1.	Całkowitego lub częściowego pokrycia 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, dotyczących w szczególności: <ul style="list-style-type: none"> a) zakupu podręczników, lektur szkolnych, encyklopedii, słowników, programów komputerowych i innych pomocy naukowych b) zakupu przyborów i pomocy szkolnych, tornistrów, stroju na zajęcia wychowania fizycznego oraz innego wyposażenia uczniów wymaganego przez szkołę c) opłata za udział w wycieczkach szkolnych, wyjazdach (wyjazdach) do kin, teatrów lub innych imprezach organizowanych przez szkołę. d) opłat za udział w zajęciach nauki języków obcych lub innych zajęciach edukacyjnych 	<input type="checkbox"/>
-----------	--	--------------------------

2.	Pomocy rzeczowej o charakterze edukacyjnym, w tym w szczególności: a) zakupu podręczników, lektur szkolnych i innych książek niezbędnych do procesu edukacyjnego b) zakupu biletów miesięcznych na dojazdy do szkoły lub na zajęcia pozalekcyjne c) zakupu pomocy szkolnych, w szczególności ubioru lub obuwia sportowego, przyborów szkolnych	<input type="checkbox"/>
3.	Całkowitego lub częściowego pokrycia kosztów związanych z pobieraniem nauki poza miejscem zamieszkania uczniów szkół ponadgimnazjalnych oraz słuchaczy kolegów nauczycielskich, nauczycielskich kolegów języków obcych i kolegów pracowników służb społecznych.	<input type="checkbox"/>
Stypendium szkolne może być również przyznane w formie świadczenia pieniężnego jeżeli organ przyznający stypendium uzna że udzielenie stypendium w w/w formach jest niemożliwe lub niecelowe.		

.....
czytelny podpis wnioskodawcy (osoby pełnoletniej)

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. posiadam pełnię praw rodzicielskich/jestem opiekunem prawnym dziecka/dzieci wymienionych we wniosku

TAK NIE NIE DOTYCZY

2. jestem pełnoletnim uczniem wnioskującym o przyznanie stypendium

TAK NIE DOTYCZY

3. w roku szkolnym/..... uczęszczam/moje dzieci uczęszczają do szkół wymienionych we wniosku w przypadku rezygnacji z nauki lub zaprzestania realizacji obowiązku szkolnego niezwłocznie powiadomię o tym podmiot realizujący wypłatę świadczenia.

4. Ja niżej podpisany/podpisana na podstawie Art. 90b ust. 2 ustawy z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (Dz.U. 2020, poz. 1327), oświadczam, że w przypadku przyznania stypendium szkolnego o charakterze socjalnym w roku szkolnym/..... w formie świadczenia pieniężnego zostanie ono przeznaczone na pokrycie wydatków związanych z procesem edukacyjnym ucznia/uczniów.

5. Zobowiązuję się do gromadzenia rachunków imiennych potwierdzających celowość wydatków i przedstawienia ich na każdorazowe żądanie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, oraz zobowiązuję się niezwłocznie zawiadomić Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w przypadku zmiany adresu oraz innych zmian mających wpływ na uprawnienia do pobierania stypendium szkolnego.

6. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania organu o ustaniu przyczyn, które stanowią podstawę przyznania świadczenia (zmiana sytuacji osobistej, rodzinnej, dochodowej, a także o fakcie zaprzestania nauki przez ucznia) zgodnie z art. 90o ustawy z dnia 07.09.1991r. o systemie oświaty (t.j. Dz.U. 2020 r., poz. 1327 ze zm.).

7. Inne ważne informacje dotyczące dochodów wszystkich członków rodziny (np. informacje o utracie dochodu w miesiącu poprzedzającym miesiąc wniosku).

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

JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZŁOŻENIE FAŁSZYWEGO OŚWIADCZENIA.

Nowa Sól, dnia

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

ADNOTACJE URZĘDNICZE

Wniosek przyjął data, podpis pracownika	
Dokumenty zweryfikowano nr i data dokumentu	
Wniosek zweryfikował data, podpis pracownika	

KWALIFIKACJA KIEROWNIKA