

.....  
/data wpływu wniosku/

.....  
/ nr wniosku /

---

## WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM SZKOLNEGO

---

Zgodnie z art. 90 b ust. 3 i 4 ustawy z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty – tekst jednolity (Dz. U. z 2015r. poz. 2156) pomoc materialna przysługuje:

- **uczniowi** szkoły podstawowej, gimnazjalnej, ponadgimnazjalnej, policealnej, do czasu ukończenia kształcenia – nie dłużej jednak niż do ukończenia 24 roku życia,
- **wychowankowi** ośrodka umożliwiającego dzieciom i młodzieży upośledzonej w stopniu głębokim, a także dzieciom i młodzieży upośledzonej umysłowo ze sprzężonymi niepełnosprawnościami realizację obowiązku szkolnego i obowiązku nauki – do czasu zakończenia jego realizacji,
- **słuchaczowi** kolegium nauczycielskiego, nauczycielskiego kolegium języków obcych, kolegium pracowników służb społecznych – do czasu ukończenia kształcenia, nie dłużej jednak niż do ukończenia 24 roku życia,  
**zwanych w dalszej części „uczniem”** .

---

### CZĘŚĆ A (WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA)

#### I. WNIOSKODAWCA

RODZIC/OPIEKUN PRAWNY UCZNIĄ       PEŁNOLETNI UCZEŃ       DYREKTOR SZKOŁY, OŚRODKA LUB KOLEGIUM

#### II. DANE WNIOSKODAWCY

1. Imię i nazwisko .....
2. Adres zameldowania\* .....
3. Adres zamieszkania\* .....
4. PESEL .....
5. Nr telefonu .....

#### III. DANE UCZNIĄ

1. Imię i nazwisko .....
2. Imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego .....
3. Imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego .....
4. Data urodzenia .....
5. Miejsce zamieszkania .....
6. PESEL .....
7. Nazwa i adres szkoły, klasa .....

.....  
/ pieczęć szkoły /

\* nie wypełniać w przypadku, gdy wnioskodawcą jest dyrektor szkoły

**IV. SYTUACJA SPOŁECZNA W RODZINIE** ( właściwe zaznaczyć )

RODZINA JEST PEŁNA:  TAK  NIE

W RODZINIE WYSTĘPUJE (właściwe zaznaczyć)		
1.	BEZROBOCIE	<input type="checkbox"/>
2.	NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ	<input type="checkbox"/>
3.	CIEŻKA LUB DŁUGOTRWAŁA CHOROBA	<input type="checkbox"/>
4.	WIELODZIETNOŚĆ	<input type="checkbox"/>
5.	BRAK UMIEJĘTNOŚCI WYKONYWANIA FUNKCJI OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZEJ	<input type="checkbox"/>
6.	ALKOHOLIZM	<input type="checkbox"/>
7.	NARKOMANIA	<input type="checkbox"/>
8.	ZDARZENIE LOSOWE <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>
9.		<input type="checkbox"/>

**V. Wypełniają tylko osoby, które korzystają ze świadczeń z ustawy o pomocy społecznej. Osoby te nie muszą przedkładać zaświadczeń bądź oświadczeń o osiągniętych dochodach.**

Oświadczam, że w miesiącu **poprzedzającym** miesiąc złożenia niniejszego wniosku o stypendium korzystałam/em wraz z członkami mojej rodziny ze świadczeń pomocy społecznej w formie (właściwe zaznaczyć):

- zasiłek stały
- zasiłek okresowy
- zasiłek celowy na leki
- zasiłek celowy na opał
- zasiłek celowy na odzież
- zasiłek celowy na inne cele

i moja sytuacja finansowa nie uległa zmianie

.....  
(podpis wnioskodawcy)

**VI. DEKLARACJA O OSIĄGANYM DOCHODZIE** <sup>2</sup> za miesiąc poprzedzający złożenie wniosku

**Oświadczam, że:**

**a.** gospodarstwo domowe ucznia składa się z następujących osób:

(przez gospodarstwo domowe rozumie się wszystkie osoby spokrewnione lub niespokrewnione, razem mieszkające i gospodarujące)

Lp.	IMIĘ I NAZWISKO	DATA URODZENIA	NR PESEL	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA W STOSUNKU DO WNIOSKODAWCY
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

<sup>1</sup> W przypadku zaznaczenia proszę opisać na czym ono polegało. Opis taki należy dołączyć do niniejszego wniosku jako załącznik.

<sup>2</sup> Dochód oblicza się w sposób wskazany w ustawie o pomocy społecznej

- b. źródła dochodu wymienionych powyżej kolejno członków gospodarstwa domowego ucznia - uzyskane  
**w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia niniejszego wniosku**

Lp.	ŹRÓDŁO DOCHODU	TAK*	NIE*	SPOSÓB DOKUMENTOWANIA DOCHODU
1.	Wynagrodzenie ze stosunku pracy			Zaświadczenie lub oświadczenie
2.	Emerytura			Zaświadczenie lub oświadczenie
3.	Renta inwalidzka, rodzinna			Zaświadczenie lub oświadczenie
4.	Renta socjalna			Zaświadczenie lub oświadczenie
5.	Umowy o dzieło, umowy zlecenia			Zaświadczenie lub oświadczenie
6.	Dodatek pielęgnacyjny			Zaświadczenie lub oświadczenie
7.	Stypendia			Zaświadczenie lub oświadczenie
8.	Zasiłek dla bezrobotnych			Zaświadczenie lub oświadczenie
9.	Dochody z gospodarstwa rolnego			Zaświadczenie lub oświadczenie
10.	Dochody z działalności gospodarczej			Zaświadczenie lub oświadczenie
11.	Alimenty			Zaświadczenie lub oświadczenie
12.	Inne dochody (np. <b>praca dorywcza itp</b> ) .....			Zaświadczenie lub oświadczenie
13.	Zasiłek rodzinny i dodatki do zasiłku rodzinnego			Nie wymaga udokumentowania jeżeli jest wypłacany przez MOPS Dąbrowa Górnicza
14.	Zasiłek pielęgnacyjny			Nie wymaga udokumentowania jeżeli jest wypłacany przez MOPS Dąbrowa Górnicza
15.	Świadczenie pielęgnacyjne			Nie wymaga udokumentowania jeżeli jest wypłacany przez MOPS Dąbrowa Górnicza
16.	Świadczenia z funduszu alimentacyjnego			Nie wymaga udokumentowania jeżeli jest wypłacane przez MOPS Dąbrowa Górnicza
17.	Dodatek mieszkaniowy			Decyzja lub oświadczenie
18.	Inne świadczenia płacone z MOPS .....			Nie wymaga udokumentowania jeżeli jest wypłacany przez MOPS Dąbrowa Górnicza

\* / Odpowiednie pole zaznaczyć „ X ”

- c. zobowiązania ponoszone przez członków gospodarstwa domowego:

ALIMENTY ŚWIADCZONE NA RZECZ INNYCH OSÓB			
Lp.	Imię i nazwisko osoby zobowiązanej do alimentów	Imię i nazwisko osoby uprawnionej do alimentów, stopień pokrewieństwa względem zobowiązanego	Wysokość świadczenia
1.			
2.			
3.			
ŁĄCZNE ZOBOWIĄZANIA:			

**VII. POŻĄDANA FORMA ŚWIADCZENIA POMOCY MATERIALNEJ INNA NIŻ FORMA PIENIĘŻNA** (dokładnie zaznaczyć i szczegółowo uzupełnić)

A.	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	<input type="checkbox"/>
B.	POMOC RZECZOWA O CHARAKTERZE EDUKACYJNYM: a. ZAKUP PODRĘCZNIKÓW b. ZAKUP ARTYKUŁÓW SZKOLNYCH c. ZAKUP POMOCY DYDAKTYCZNYCH d. ZAKUP SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO e. ZAKUP OBUWIA SPORTOWEGO I STROJU GIMNASTYCZNEGO NA WF f. INNE (wymień jakie)..... ..... .....	<input type="checkbox"/>
C.	CAŁKOWITE LUB CZĘŚCIOWE POKRYCIE KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z POBIERANIEM NAUKI POZA MIEJSCEM ZAMIESZKANIA * (adres internatu, bursy, kwota odpłatności za internat, bursę i wyżywienie w skali miesiąca) ..... ..... .....	<input type="checkbox"/>

\* dotyczy tylko uczniów szkół ponadgimnazjalnych oraz słuchaczy kolegiów, o których mowa w art. 90d ust. 3 ustawy o systemie oświaty

**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 PRZYZNAŁA STYPENDIUM	
2.	MIESIĘCZNA WYSOKOŚĆ STYPENDIUM	
3.	OKRES, NA KTÓRY PRZYZNANO STYPENDIUM	od ..... roku do ..... roku

.....  
(data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)



**Dyrektor  
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej  
al. J. Piłsudskiego 2  
41-300 Dąbrowa Górnicza**

## **INFORMACJA**

### **I.**

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych - tekst jednolity (Dz. U. z 2014r., poz. 1182 z późn. zm.) informuję, że:

- ◆ Pana/i/ dane osobowe są przetwarzane przez administratora danych: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Dąbrowie Górniczej, al. J. Piłsudskiego 2
- ◆ 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 – tekst jednolity (Dz. U. z 2015r., poz. 2156)
- ◆ 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 – tekst jednolity (Dz. U. z 2015r., poz. 2156). 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 Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej przy al. J. Piłsudskiego 2 albo drogą pocztową.

### **II.**

Jednocześnie informuję, że:

- ◆ Zgodnie z art.10 § 1 kodeksu postępowania administracyjnego – tekst jednolity (Dz. U. z 2016r., poz.23 z późniejszymi zmianami) przysługuje Panu/i/ prawo czynnego udziału w prowadzonym przez tut. MOPS 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. MOPS w prowadzonej w/w sprawie (MOPS, al. J. Piłsudskiego 2), 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. MOPS o każdorazowej zmianie swego adresu. W przypadku zaniechania tego obowiązku doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem będzie miało skutek prawny (art. 41 kodeksu postępowania administracyjnego).

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

.....  
(podpis osoby udzielającej informacji)

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

