

WÓJT GMINY BAŁTÓW
Bałtów 32
27-423 Bałtów

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY MATERIALNEJ O CHARAKTERZE SOCJALNYM
W FORMIE STYPENDIUM SZKOLNEGO NA ROK SZKOLNY 20____/20____

CZĘŚĆ I

I. Wnioskodawca	
<input type="checkbox"/>	RODZIC / OPIEKUN PRAWNY NIEPELNOLETNIEGO UCZNI
<input type="checkbox"/>	PELNOLETNI UCZEŃ
<input type="checkbox"/>	DYREKTOR SZKOŁY, OŚRODKA, KOLEGIUM

II. Dane wnioskodawcy	
IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL (nie wypełnia dyrektor szkoły)	
ADRES ZAMIESZKANIA (nie wypełnia dyrektor szkoły)	
TELEFON	
Adres e-mail	

III. Dane ucznia	
IMIĘ I NAZWISKO UCZNI	
DATA URODZENIA	
PESEL	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	
IMIĘ I NAZWISKO MATKI	
IMIĘ I NAZWISKO OJCA	
NAZWA I ADRES SZKOŁY	
TYP SZKOŁY	
KLASA/ROK NAUKI	

IV. Wniosek uzasadniam trudną sytuacją materialną, wynikającą z niskich dochodów na osobę w rodzinie a także występującymi w rodzinie takimi okolicznościami jak:*	
<input type="checkbox"/>	BEZROBOCIE
<input type="checkbox"/>	NIEPELNOSPRAWNOŚĆ
<input type="checkbox"/>	CIEŻKA LUB DŁUGOTRWAŁA CHOROBA
<input type="checkbox"/>	WIELODZIETNOŚĆ
<input type="checkbox"/>	BRAK UMIEJĘTNOŚCI WYKONYWANIA FUNKCJI OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZEJ
<input type="checkbox"/>	ALKOHOLIZM
<input type="checkbox"/>	NARKOMANIA
<input type="checkbox"/>	RODZINA JEST NIEPELNA

<input type="checkbox"/>	ZDARZENIE LOSOWE (JAKIE)
<input type="checkbox"/>	INNE (JAKIE)
<input type="checkbox"/>	NIE WYSTĘPUJE ŻADNE Z POWYŻSZYCH

*) zaznaczyć znakiem x

V. Wnioskowana forma stypendium szkolnego

<input type="checkbox"/>	całkowite / 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: a) zakupu podręczników, lektur szkolnych, encyklopedii, słowników, programów komputerowych i innych pomocy edukacyjnych; b) zakupu przyborów i pomocy szkolnych, tornistrów, stroju na zajęcia wychowania fizycznego oraz innego wyposażenia uczniów wymaganego przez szkołę; c) opłat 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"/>	całkowite/częściowe pokrycie opłat wymaganych przez szkołę, w tym opłat czesnego w szkołach niepublicznych.
<input type="checkbox"/>	pomoc rzeczowa o charakterze edukacyjnym, w tym w szczególności zakup podręczników, lektur szkolnych i innych książek niezbędnych do procesu edukacyjnego.
<input type="checkbox"/>	Świadczenie pieniężne (tylko, jeśli pozostałe formy nie są możliwe lub nie są celowe) Krótkie uzasadnienie wybrania tej formy świadczenia:

V. Forma przekazywania stypendium

<input type="checkbox"/>	RACHUNEK BANKOWY	N r			-			-			-			-			-			-			-	
		(imię, nazwisko i adres właściciela konta)																						
<input type="checkbox"/>	GOTÓWKA																							

VII. Oświadczenia

1.	Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Wójta Gminy Bałtów o zmianie sytuacji materialnej mojej rodziny oraz ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania stypendium szkolnego.
2.	Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów związanych z realizacją pomocy materialnej o charakterze socjalnym, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016r. poz. 922 z późn.zm.).
3.	Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. <i>Zgodnie z art. 233 ust. 1 ustawy z dnia 06.06.1997 r. Kodek karny (Dz. U. z 2017, poz. 2204 z późn. zm.) - Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.</i> (data) (czytelny podpis wnioskodawcy)
4.	Do wniosku dołączam: 1. szt. załączników. (czytelny podpis wnioskodawcy)

CZĘŚĆ II

OŚWIADCZENIE O SYTUACJI RODZINNEJ I DOCHODOWEJ RODZINY UZASADNIAJĄCE PRYZNANIE STYPENDIUM SZKOLNEGO NA ROK SZKOLNY 20..../20.....

I. RODZINA SKŁADA SIĘ Z NIŻEJ WYMIENIONYCH OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM:

Lp	NAZWISKO I IMIĘ	Data urodzenia	MIEJSCE PRACY LUB NAUKI*	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA
1.				WNIOSKODAWCA
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

*w przypadku osób zarejestrowanych w PUP lub pobierających świadczenia z ZUS, GOPS należy wpisać nazwę odpowiedniej instytucji

III. Dochody* członków rodziny z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku o stypendium szkolne.

	IMIONA I NAZWISKA OSÓB, KTÓRYCH DOCHÓD DOTYCZY	WYSOKOŚĆ DOCHODU NETTO
ZE STOSUNKU PRACY		
Z UMOWY ZLECENIA, Z UMOWY O DZIEŁO		
ZA PRAKTYKI UCZNIOWSKIE		
Z TYTUŁU RENTY, EMERYTURY, ŚWIADCZEŃ PRZEDEMERYTALNYCH		
ZASIŁEK MACIERZYŃSKI, ZASIŁEK CHOROBY WYPŁACANY PRZEZ ZUS		
ZASIŁEK I STYPENDIUM Z PUP		
DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA OPODATKOWANA NA ZASADACH OGÓLNYCH		
DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA OPODATKOWANA ZRYCZAŁTOWANYM PODATKIEM DOCHODOWYM (W TYM KARTA PODATKOWA)		

DOCHODY NIEOPODATKOWANE

ALIMENTY		
ŚWIADCZENIA WYPŁACONE PRZEZ KOMORNIKA		
FUNDUSZ ALIMENTACYJNY		
ZASIŁEK RODZINNY WRAZ Z DODATKAMI		

ŚWIADCZENIE RODZICIELSKIE (tzw. Kosiniakowe)		
ZASILEK PIELĘGNACYJNY, ŚWIADCZENIE PIELĘGNACYJNE		
ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU PIECZY ZASTĘPCZEJ		
DODATEK MIESZKANIOWY, DODATEK ENERGETYCZNY		
STYPENDIA (z wyłączeniem pomocy materialnej dla uczniów)		
DOCHÓD Z GOSPODARSTWA ROLNEGO		
PRACA DORYWCZA		
POMOC RODZINY		
INNE DOCHODY: (podać jakie)..... <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		

*) 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, pomniejszona o: miesięczne obciążenie podatkiem 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.

V. Członkowie rodziny osiągnęli jednorazowe dochody uzyskane w ciągu 12 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku , przekraczające pięciokrotnie kwoty kryterium dochodowego w rodzinie

TAK NIE

KTO, Z JAKIEGO TYTUŁU, W JAKIEJ WYSOKOŚCI:

VI. Członkowie rodziny zobowiązani do płacenia alimentów na rzecz innych osób spoza gospodarstwa domowego

L.P.	IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZOBOWIĄZANEJ DO ALIMENTACJI	MIESIĘCZNA KWOTA ZASĄDZONYCH ALIMENTÓW
1.		
2.		

Łączny dochód całego gospodarstwa domowego wynosi zł

Średni miesięczny dochód netto na 1 osobę w rodzinie zł

VII. Oświadczenie

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Zgodnie z art. 233 ust. 1 ustawy z dnia 06.06.1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2017, poz. 2204 z późn. zm.) – Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)