Nazwa podmiotu realizującego pomoc materialną o charakterze socjalnym: **Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie**	
Adres: **ul. Przyjaźni 5 62-510 Konin**	

WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY MATERIALNEJ O CHARAKTERZE SOCJALNYM W FORMIE ZASIŁKU SZKOLNEGO

UWAGA: PRZED ROZPOCZĘCIEM WYPEŁNIANIA WNIOSKU PROSZĘ ZAPOZNAĆ SIĘ Z POUCZENIEM str.4.

Zgodnie z art. 90 b ust. 3 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2020 r., poz. 1327 ze zm.) pomoc materialna przysługuje:

- *uczniom szkół publicznych, niepublicznych i niepublicznych szkół artystycznych o uprawnieniach publicznych szkół artystycznych oraz słuchaczom kolegiów pracowników służb społecznych - do czasu ukończenia kształcenia, nie dłużej jednak niż do ukończenia 24. roku życia;*
- *Wychowankom publicznych i niepublicznych ośrodków rewalidacyjno wychowawczych – do czasu ukończenia realizacji obowiązku nauki.*

WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI

1. WNIOSKODAWCA (właściwe zaznaczyć znakiem „X")

☐ RODZIC ☐ PEŁNOLETNI UCZEŃ ☐ DYREKTOR SZKOŁY, KOLEGIUM, OŚRODKA

2. Dane osobowe wnioskodawcy:

2.1 *)			
Imię i nazwisko:		**PESEL:**	
Telefon:			
Adres zamieszkania/ do korespondencji			
2.2			
Imię i nazwisko dyrektora szkoły/ kolegium/ ośrodka:			
Nazwa i adres szkoły/ kolegium/ ośrodka:			

*) UWAGA: nie wypełniać w przypadku, gdy wnioskodawcą jest dyrektor szkoły, kolegium, ośrodka lub z urzędu

3. Dane osobowe uczniów/słuchaczy/wychowanków:

3.1								
Imię i nazwisko:					**Data urodzenia**			
Nazwa szkoły:					**Klasa**			
Typ szkoły	**Szkoła podstawowa**	**Liceum**	**Technikum**	**Branżowa Szkoła I i II stopnia**	**Szkoła policealna**	**Kolegium**	**Szkoła specjalna przysposabiająca do pracy**	**Inne**
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.2								
Imię i nazwisko:					**Data urodzenia**			
Nazwa szkoły:					**Klasa**			
Typ szkoły	**Szkoła podstawowa**	**Liceum**	**Technikum**	**Branżowa Szkoła I i II stopnia**	**Szkoła policealna**	**Kolegium**	**Szkoła specjalna przysposabiająca do pracy**	**Inne**
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.3								
Imię i nazwisko:					**Data urodzenia**			
Nazwa szkoły:					**Klasa**			
Typ szkoły	**Szkoła podstawowa**	**Liceum**	**Technikum**	**Branżowa Szkoła I i II stopnia**	**Szkoła policealna**	**Kolegium**	**Szkoła specjalna przysposabiająca do pracy**	**Inne**
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Dane kolejnych uczniów/słuchaczy/wychowanków, dla których wnioskodawca będzie ubiegał się o przyznanie zasiłku szkolnego, należy wpisać w załączniku(ach) do wniosku - załącznik nr 1.

Podaj liczbę załączników .....

Oświadczam, że posiadam pełnię praw rodzicielskich nad dziećmi wymienionymi we wniosku w pkt 3.

.....

Data i podpis osoby składającej oświadczenie/wnioskodawcy

4. Dane dotyczące przejściowo trudnej sytuacji materialnej ucznia uzasadniającej przyznanie zasiłku szkolnego:

DANE UZASADNIAJĄCE PRZYZNANIE ZASIŁKU SZKOLNEGO*

*Należy opisać zdarzenie losowe, które spowodowało przejściowo trudna sytuację materialna ucznia.

5. Forma świadczenia pomocy materialnej: (świadczenie może być przyznane w jednej lub kilku formach – należy wybrać formę zaznaczając znakiem X)

5.1	☐	**Pomoc rzeczowa o charakterze edukacyjnym, w tym w szczególności zakup podręczników i ich pomocy naukowych**
5.2	☐	**Świadczenie pieniężne na pokrycie wydatków związanych z procesem edukacyjnym.**
		Podaj uzasadnienie przyznania pomocy materialnej w formie świadczenia pieniężnego (art. 75 § 2 Kpa) **Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.** **.....** **Data i podpis wnioskodawcy**

6. Wykaz załączonych do wniosku dokumentów:

L.p.	Nazwa załącznika	
1.	Upoważnienie ucznia pełnoletniego dla wnioskodawcy do ubiegania się o świadczenia w jego imieniu,	☐
2.	Aktualne zaświadczenie ze szkoły osób uprawnionych potwierdzające status ucznia	☐
3.	Inne dokumenty, wymienić jakie:	☐

7. Przyznane świadczenie pomocy materialnej o charakterze socjalnym proszę przekazywać na (zaznaczyć znakiem X formę płatności):

☐ **Konto**

Nazwa banku: .....

Wyrażam zgodę, aby świadczenia były przekazywane na konto wskazanej przeze mnie osoby/instytucji:
(wypełnić, jeżeli właścicielem konta jest inna osoba/ instytucja niż ubiegająca się o świadczenie)

Imię i nazwisko/Nazwa właściciela konta: .....

Adres właściciela konta: .....

lub wypłacać w:

☐ **Kasie Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Koninie (tylko w uzasadnionych przypadkach)**

.....
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

„Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia". Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla celów związanych z przyznaniem pomocy materialnej o charakterze socjalnym. Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie wycofania zgody oraz o tym, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie/wnioskodawca

POUCZENIE

1. **W przypadku rozbieżności dotyczących adresu zameldowania i adresu zamieszkania należy załączyć wyjaśnienie oraz dokumenty potwierdzające miejsce zamieszkania ucznia (np. umowę najmu mieszkania zawartą przez rodziców) oraz zaświadczenie z miejsca zameldowania o niepobieraniu takiego świadczenia.**
2. **Pomoc materialna o charakterze socjalnym jest udzielana na cele edukacyjne, dlatego też każda osoba otrzymująca taką pomoc ma obowiązek wykorzystać zasiłek szkolny zgodnie z jego przeznaczeniem**
3. **W przypadku zmiany adresu wnioskodawcy lub ucznia oraz zmiany szkoły lub zaprzestania nauki, osoba wnioskująca zobowiązana jest niezwłocznie powiadomić o zaistniałej sytuacji Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Koninie.**
4. Zasiłek szkolny może być przyznany uczniowi znajdującemu się przejściowo w trudnej sytuacji materialnej z powodu zdarzenia losowego raz lub kilka razy w roku, niezależnie od otrzymywanego stypendium szkolnego (art. 90e ust. 1 i 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty Dz. U. z 2020r. poz. 1327 ze zm.). **O zasiłek szkolny można ubiegać się w terminie nie dłuższym niż dwa miesiące od wystąpienia zdarzenia uzasadniającego przyznanie tego zasiłku** (art. 90e ust. 4 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty Dz. U. z 2020r. poz. 1327 ze zm.).
5. Osoby ubiegające się o zasiłek szkolny przedkładają tylko dokumenty potwierdzające zdarzenie losowe.

Zapoznałam/łem się z treścią w/w POUCZENIA, zrozumiałam/łem jego treść i zobowiązuję się poinformować MOPR w Koninie o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do stypendium.

.....
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art.13 ust.1 i ust.2 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Koninie z siedzibą przy ul. Przyjaźni 5, tel. 63 242 62 32, e-mail: sekretariat@moprkonin.lm.pl
2. Inspektorem ochrony danych w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Koninie jest Pan/Pani Joanna Jaworska, tel. 63 24 99 671
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w związku ze złożonym wnioskiem o udzielenie pomocy w celu przyznania i wypłaty stypendium szkolnego (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.)
4. Zakres przetwarzanych Pani/Pana danych osobowych określony jest przepisami prawa.
5. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą:
    a. podmioty uprawnione na mocy przepisów prawa
    b. podmioty uprawnione na mocy zawartych umów na powierzenie przetwarzania danych osobowych
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu określonego w pkt 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
9. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
10. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie odmowa przyznania wnioskowanych świadczeń.
11. Pani/ Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będzie wobec nich profilowania.

…… ……

(data) (czytelny podpis)