

.....  
Miejscowość i data

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

**Kierownik  
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej  
w Siechnicach**

**Część A – Dane identyfikacyjne**

**1. Wnioskodawca:**

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

**2. Dane osobowe wnioskodawcy:**

<b>Imię i nazwisko:</b>																					
<b>Telefon:</b>																					
<b>PESEL</b> (nie wypełnia dyrektor szkoły, ośrodka, kolegium)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
<b>Adres email:</b>																					
<b>Adres do korespondencji:</b>																					

## 3. Dane osobowe ucznia/uczniów:

	Nazwa i adres szkoły/ klasa	Adres zamieszkania ucznia																		
1. Imię i Nazwisko:																				
PESEL <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
2. Imię i Nazwisko:																				
PESEL <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
3. Imię i Nazwisko:																				
PESEL <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
4. Imię i Nazwisko:																				
PESEL <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
5. Imię i Nazwisko:																				
PESEL <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				

## 4. Część B - Sytuacja społeczna w rodzinie ucznia/uczniów

W rodzinie występuje (właściwe 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 .....
12.	<input type="checkbox"/>	Nie występuje żadne z powyższych

### Część C - Wnioskowana forma świadczenia pomocy materialnej

Należy wybrać preferowaną formę		
1.	<input type="checkbox"/>	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"> <li>a) zakupu podręczników, lektur szkolnych, encyklopedii, słowników, programów komputerowych i innych pomocy edukacyjnych;</li> <li>b) zakupu przyborów i pomocy szkolnych, tornistrów, stroju na zajęcia wychowania fizycznego oraz innego wyposażenia uczniów wymaganego przez szkołę;</li> <li>c) opłat za udział w wycieczkach szkolnych, wyjściach (wyjazdach) do kin, teatrów, lub innych imprezach organizowanych przez szkołę.</li> <li>d) opłat za udział w zajęciach nauki języków obcych lub innych zajęciach edukacyjnych.</li> </ul>
2.	<input type="checkbox"/>	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.

### Część D - Oświadczenie o sytuacji rodzinnej i materialnej ucznia

1. 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):				
L.p	Nazwisko i imię	Data urodzenia/ PESEL	Miejsce pracy lub nauki*	Stopień pokrewieństwa
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

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

**1.1 Członkowie mojej rodziny są zobligowani 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.		
3.		
4.		

**1.2 Członkowie mojej rodziny korzystają ze świadczeń pieniężnych pomocy społecznej (wypełnia się gdy uczniowie, których członkowie rodziny korzystają ze świadczeń pieniężnych pomocy społecznej)**

TAK  NIE

**W przypadku zaznaczenia TAK należy wypełnić tabelę poniżej i nie wypełnia się tabeli 1.3**

Zasiłek okresowy z pomocy społecznej: 1).....zł TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	- decyzja przyznająca
Zasiłek stały z pomocy społecznej: 1).....zł TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	- decyzja przyznająca
Zasiłek celowy z pomocy społecznej:  TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	- decyzja przyznająca

**1.3 Dochody netto wszystkich członków rodziny (suma 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) wyniosły:**

Osiągnięte dochody opodatkowane	Wymagane dokumenty:
Ze stosunku pracy: 1) .....zł TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> 2) .....zł	- zaświadczenie lub oświadczenie o dochodach
Z umowy zlecenia, o dzieło : 1).....zł TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> 2).....zł	- umowa, rachunek lub oświadczenie
Z tytułu renty, emerytury lub świadczeń przedemerytalnych: 1).....zł TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> 2).....zł	- odcinek świadczenia, decyzja lub oświadczenie
Zasiłek macierzyński, zasiłek chorobowy wypłacany przez O/ZUS 1).....zł TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	-zaświadczenie lub oświadczenie
Zasiłek dla bezrobotnych: 1).....zł TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> 2).....zł	- decyzja, zaświadczenie z PUP

Osiągnięte dochody z działalności gospodarczej	Wymagane dokumenty:
Opodatkowane na zasadach ogólnych: 1).....zł TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> 2).....zł	- zaświadczenie z US lub oświadczenie
Opodatkowane zryczałtowanym podatkiem dochodowym (w tym karta podatkowa) 1).....zł TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> 2).....zł	- zaświadczenie z US lub oświadczenie
<b>Osiągnięte dochody nieopodatkowane:</b> Alimenty: 1).....zł TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> 2).....zł	- dokument w sprawie o alimenty (np. wyrok, ugoda itp.) lub oświadczenie
Fundusz alimentacyjny: 1).....zł TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> 2).....zł	- dokument w sprawie funduszu alimentacyjnego (decyzja)

Świadczenia wypłacone przez komornika w przypadku niealimentacji: 1).....zł TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> 2).....zł	- zaświadczenie od komornika lub oświadczenie
Zasiłek rodzinny wraz z dodatkami: 1).....zł TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> 2).....zł	- decyzja przyznająca świadczenie
Zasiłek pielęgnacyjny, świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy, zasiłek dla opiekuna: 1).....zł TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> 2).....zł	- decyzja przyznająca świadczenie
Dodatek mieszkaniowy, zryczałtowany dodatek energetyczny: 1).....zł TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> 2).....zł	- decyzja przyznająca dodatek mieszkaniowy/energetyczny
Stypendium z wyłączeniem stypendium szkolnego: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> 1).....zł Rodzaj stypendium i źródło uzyskiwania .....	- zaświadczenie lub oświadczenie
Dochód z gospodarstwa rolnego:	- zaświadczenie lub oświadczenie o powierzchni ha przeliczeniowych
Inne dochody uzyskiwane w miesiącu poprzedzającym złożenie (tj. sierpień) wniosku a w przypadku utraty dochodu z miesiąca złożenia wniosku np. praca dorywcza, pomoc rodziny, inne: 1).....zł TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> 2).....zł 3).....zł	- zaświadczenia lub oświadczenie

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia .<sup>1</sup>

.....  
 (Data i podpis składającego oświadczenie)

<sup>1</sup>

Art. 233. § 1.k.k.- Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 8.



