|  |  |
| --- | --- |
|  DO UCHWAŁY NR …./…./2019 Rady Gminy Sochocin z dnia… sierpnia 2019 r.  ..... z dnia ..........**WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM SZKOLNEGO** | **Adnotacje dla urzędu** |
| 1. **Dane osobowe ucznia/słuchacza (Proszę wypełniać drukowanymi literami)**

Nazwisko:................................................................................................................................... Imiona:.......................................................................................................................................Imię i nazwisko ojca:..................................................................................................................Imię i nazwisko matki:............................................................................................................... PESEL ucznia/słuchacza:........................................................................................................... |
| Data i miejsce urodzenia:..........................................................................................................Telefon kontaktowy (dobrowolnie):.................................................................................................................. |
| 1. **Informacja o szkole**
 |
| Nazwa szkoły/kolegium |  |
| Typ szkoły |  | Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Kod pocztowy |  |  |  |  |  |  | Województwo |  |
| W roku szkolnym 20…./20…. jestem uczniem/słuchaczem klasy/roku |  |
| 1. **Adres stałego zameldowania**
 |
| Ulica |  | Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |  |  |  |  |  | Województwo |  |
| 1. **Adres zamieszkania**
 |
| Ulica |  | Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |  |  |  |  |  | Województwo |  |
|  **5. Uczeń/słuchacz spełnia następujące kryteria**: (należy zaznaczyć stawiając znak X)□ Miesięczna wysokość dochodu na osobę w gospodarstwie domowym nie przekracza kwoty, o której mowa w art. 8 ust. 1 pkt. 2 ustawy z 12 marca 2004r. o pomocy społecznej tj. ………………* w rodzinie występuje**:**

 **⁭**□ niepełnosprawność **⁭**□ ciężka lub długotrwała choroba **⁭**□ wielodzietność **⁭**□ rodzina jest niepełna **⁭**□ bezrobocie **⁭**□ alkoholizm  **⁭**□ wystąpiło zdarzenie losowe **⁭**□ narkomania **⁭**□ brak umiejętności wypełniania funkcji opiekuńczo-wychowawczych |
|

|  |
| --- |
|  |

**6.Wnioskowane formy pomocy (należy wpisać jedną lub kilka form):** |
|  **⁭**□ 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, określonych w §4 ust. 1 pkt 1 **⁭**□ całkowitego lub częściowego pokrycia kosztów z tytułu zakupionych pomocy rzeczowych o charakterze     edukacyjnym, w tym w szczególności: zakupu podręczników, lektur szkolnych, encyklopedii słowników, programów     komputerowych i innych pomocy edukacyjnych, zakupu przyborów i pomocy szkolnych, tornistrów, stroju na     zajęcia wychowania fizycznego oraz innego stroju i wyposażenia uczniów wymaganego przez szkołę,  □ pomocy rzeczowej o charakterze edukacyjnym, w tym w szczególności przez zakup:  podręczników, a także wydawnictw o charakterze encyklopedycznym, słowników, lektur szkolnych, atlasów,     przyborów szkolnych oraz innych pomocy dydaktycznych i wymaganych przez szkołę. **⁭**□ całkowite lub częściowe pokrycie kosztów związanych z pobieraniem nauki poza miejscem zamieszkania     (w przypadku uczniów szkół ponadpodstawowych oraz słuchaczy kolegiów) **⁭**□ świadczenie finansowe (w przypadkach o których mowa w art. 90d ust. 5 ustawy  o systemie oświaty) |
|  | **Oświadczam, że nie otrzymuję innego stypendium o charakterze socjalnym ze środków publicznych.** **…………………………………..** podpis wnioskodawcy |
| **7.Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczniem ubiegającym się o stypendium szkolne.**  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Imię i nazwisko* | *Data urodzenia* | *Stopień pokrewieństwa* |
| 1. |   |  | Uczeń ubiegający się o stypendium szkolne |
| 2. |   |  |  |
| 3. |   |  |  |
| 4. |   |  |  |
| 5. |   |  |  |
| 6. |   |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |

 |
| **8. Oświadczenie o dochodach uzyskiwanych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym ( dochody netto za miesiąc poprzedzający miesiąc złożenia wniosku)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj dochodów** |  Imię i nazwisko osoby  uzyskującej dany dochód |  Kwota dochodu miesięcznego ( netto) |
| WYNAGRODZENIE ZA PRACĘ |  |  |
| ZASIŁEK CHOROBOWYZASIŁEK MACIERZYŃSKI, świadczenie rehabilitacyjne, dodatek pielęgnacyjny/ wypłacane przez ZUS/ |  |  |
| RENTA /inwalidzka, rodzinna/ |  |  |
| EMERYTURA |  |  |
| ŚWIADCZENIA RODZINNE |   |  |
| ALIMENTY |  |  |
| STYPENDIA, wynagrodzenie z tytułu praktycznej nauki zawodu |  |  |
| DOCHODY Z GOSPODARSTWA ROLNEGO  |  | Ilość ha przeliczeniowych…………….......x………….zł.=……………. |
| DOCHODY Z TYTUŁU PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ  |  |  |
| ŚWIADCZENIA POMOCY SPOŁECZNEJ (dodatek mieszkaniowy, zasiłek stały, zasiłek okresowy, świadczenia opiekuńcze, świadczenia pielęgnacyjne, zasiłek pielęgnacyjny, fundusz alimentacyjny) |  |  |
| PRACA DORYWCZA |  |  |
| ZASIŁEK DLA OSÓB BEZROBOTNYCH |  |  |
| INNE wymienić jakie |  |  |

 **Oświadczam, że łączny dochód wszystkich członków mojej rodziny wspólnie zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe wynosi ……………..zł., co w przeliczeniu na ……….osób stanowi ……………….zł. miesięcznie netto na 1 osobę.**Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia w myśl art. 90n pkt.5a ustawy z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty.……………………………………………………… ( data i podpis wnioskodawcy) |
|  |

|  |
| --- |
| **9. Oświadczenie pełnoletniego ucznia lub rodzica, opiekuna prawnego ucznia niepełnoletniego:**  |
| Oświadczam, że umożliwiono mi zapoznanie się z informacjami dot. przetwarzania danych osobowych. ………………………………………………. (data i czytelny podpis wnioskodawcy) |

|  |
| --- |
| **10. Oświadczenie wnioskodawcy:** |
| Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikające z artykułu 233 § 1 Kodeksu Karnego, który za składanie nieprawdziwych zeznań przewiduje karę pozbawienia wolności do lat 3. ……………………………………………. (data i czytelny podpis wnioskodawcy) |

**11. Preferowana forma realizacji świadczenia:**

□ gotówka w kasie

□ przelewem na poniższy nr konta

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko  |  |
| Nazwa banku |  |
| Numer konta |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

…………………………………………

(data i czytelny podpis)

**Do wniosku dołączam następujące dokumenty:**

1. ……………………………………………
2. ……………………………………………
3. ……………………………………………
4. ……………………………………………
5. ……………………………………………
6. ……………………………………………
7. ……………………………………………