

.....  
/data wpływu wniosku/

---

**WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY MATERIALNEJ O CHARAKTERZE SOCJALNYM  
W FORMIE STYPENDIUM SZKOLNEGO  
DLA UCZNIÓW ZAMIESZKAŁYCH NA TERENIE MIASTA I GMINY SIEWIERZ  
NA ROK SZKOLNY 2017 / 2018**

---

Zgodnie z art. 90b ust. 3 ustawy z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (tekst jednolity Dz. U. z 2016r. poz. 1943 z późn. zm.) pomoc materialna przysługuje:

- 1) **uczniom** szkół publicznych i niepublicznych o uprawnieniach szkół publicznych dla młodzieży i dla dorosłych oraz **słuchaczom** kolegiów pracowników służb społecznych – do czasu ukończenia kształcenia, nie dłużej jednak niż do ukończenia 24. roku życia;
  - 2) **wychowankom** publicznych i niepublicznych ośrodków rewalidacyjno-wychowawczych – do czasu ukończenia realizacji obowiązku nauki.
- zwanych w dalszej części „uczniem”**
- 

**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. Nr telefonu .....

**III. WNOSZĘ O PRYZNANIE STYPENDIUM SZKOLNEGO DLA UCZNIĄ:**

L.p.	Imię i nazwisko	Miejsce zamieszkania	Nazwa i adres szkoły	Klasa

**IV. W RODZINIE UCZNIĄ 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.	RODZINA NIEPEŁNA	<input type="checkbox"/>
6.	BRAK UMIEJĘTNOŚCI WYKONYWANIA FUNKCJI OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZEJ	<input type="checkbox"/>
7.	ALKOHOLIZM	<input type="checkbox"/>
8.	NARKOMANIA	<input type="checkbox"/>
9.	ZDARZENIE LOSOWE <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>
10.	INNE .....	<input type="checkbox"/>

**V. CZŁONKOWIE RODZINY KORZYSTAJĄ ZE ŚWIADCZEŃ PIENIĘŻNYCH Z POMOCY SPOŁECZNEJ**

TAK

NIE

**VI. INNE STYPENDIA O CHARAKTERZE SOCJALNYM ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH, WYPRAWKA SZKOLNA**

- OŚWIADCZAM, ŻE UCZNIOWIE: \_\_\_\_\_  
OTRZYMUJĄ /UBIEGAJĄ SIĘ O INNE STYPENDIA O CHARAKTERZE SOCJALNYM

TAK

NIE

- OŚWIADCZAM, ŻE UCZNIOWIE: \_\_\_\_\_  
UBIEGAJĄ SIĘ O TZW. WYPRAWKĘ SZKOLNĄ – SPECJALNY PROGRAM RZĄDOWY NA DOFINANSOWANIE PODRĘCZNIKÓW I MATERIAŁÓW EDUKACYJNYCH – I ZOSTAŁEM/AM POINFORMOWANY/A, ŻE W PRZYPADKU PRZYZNANIA WYPRAWKI NIE MOGĘ W RAMACH STYPENDIUM SZKOLNEGO ROZLICZYĆ TYCH SAMYCH WYDATKÓW

TAK

NIE

**VII. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku członkowie rodziny osiągnęli jednorazowe dochody, przekraczające pięciokrotnie kwotę kryterium dochodowego na osobę w rodzinie (514 zł x ilość osób w rodzinie)**

TAK

NIE

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

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

a. Źródłem dochodu rodziny są: (właściwe zaznaczyć)

Lp.	ŹRÓDŁO DOCHODU	TAK	NIE	SPOSÓB DOKUMENTOWANIA DOCHODU
1.	Wynagrodzenie ze stosunku pracy			Zaświadczenie lub oświadczenie
2.	Emerytura/renta			Zaświadczenie/decyzja lub oświadczenie
3.	Umowy o dzieło, umowy zlecenia			Zaświadczenie lub oświadczenie
4.	Dodatek pielęgnacyjny/zasiłek pielęgnacyjny			Zaświadczenie lub oświadczenie
5.	Stypendia			Zaświadczenie lub oświadczenie
6.	Zasiłek dla bezrobotnych			Zaświadczenie lub oświadczenie
7.	Dochody z gospodarstwa rolnego			Zaświadczenie lub oświadczenie
8.	Dochody z działalności gospodarczej			Zaświadczenie lub oświadczenie
9.	Alimenty/świadczenia z funduszu alimentacyjnego			Zaświadczenie lub oświadczenie
10.	Inne dochody (np <i>praca dorywcza, zasiłki chorobowe z ZUS itp.</i> ) .....			Zaświadczenie lub oświadczenie
11.	Zasiłek rodzinny i dodatki do zasiłku rodzinnego			Nie wymaga udokumentowania jeżeli jest wypłacany przez OPS Siewierz
12.	Świadczenie rodzicielskie			Nie wymaga udokumentowania jeżeli jest wypłacane przez OPS Siewierz
13.	Świadczenie pielęgnacyjne			Nie wymaga udokumentowania jeżeli jest wypłacane przez OPS Siewierz
14.	Dodatek mieszkaniowy/dodatek energetyczny			Zaświadczenie/decyzja lub oświadczenie
15.	Świadczenia z tyt. pieczy zastępczej			Zaświadczenie/decyzja lub oświadczenie
16.	Inne świadczenia płacone z OPS .....			Nie wymaga udokumentowania jeżeli są wypłacane przez OPS Siewierz

b. 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.			
OPLACANA MIESIĘCZNA SKŁADKA KRUS			
ŁĄCZNE ZOBOWIĄZANIA:			

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

- c. 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	P E S E L	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA W STOSUNKU DO WNIOSKODAWCY	DOCHÓD NETTO
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
ŁĄCZNY DOCHÓD RODZINY					
DOCHÓD NA OSOBE W RODZINIE					
KRYTERIUM DOCHODOWE NA OSOBE W RODZINIE					

**IX. 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 W TYM W SZCZEGÓLNOŚCI ZAKUPU PODRĘCZNIKÓW	<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 ponadpodstawowych oraz słuchaczy kolegiów, o których mowa w art. 90b ust. 3 pkt 1 ustawy o systemie oświaty

## X. FORMA WYPŁATY PRZYZNANEJ POMOCY MATERIALNEJ O CHARAKTERZE SOCJALNYM

Proszę o przekazanie środków pieniężnych otrzymanych w ramach niniejszego stypendium:

przelewem na wskazane konto bankowe o numerze:

.....

przekazem pocztowym na wskazany adres zamieszkania

## XI. OŚWIADCZENIE

1. Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za fałszywe zeznania lub zatajenie prawdy oświadczam, że przedstawione dane są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Zapoznałam/em się z warunkami uprawniającymi do korzystania z pomocy materialnej o charakterze socjalnym.
3. Nie pobieram innego stypendium o charakterze socjalnym ze środków publicznych.
4. **Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Burmistrza Miasta i Gminy Siewierz o zmianie lub ustaniu przyczyn będących podstawą przyznania pomocy materialnej o charakterze socjalnym, a także o fakcie zaprzestania nauki przez ucznia.**
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Siewierzu.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)