

.....
data złożenia i podpis osoby przyjmującej wniosek

BURMISTRZ BARWIC

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

1. Dane osobowe ucznia:

- a) imię i nazwisko
- b) imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych
-
- c) data i miejsce urodzenia
- d) PESEL | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
- e) adres zamieszkania
- f) nazwa, adres szkoły, klasa
-
-

2. Pożądana forma świadczenia pomocy materialnej¹:

- świadczenie pieniężne na pokrycie wydatków związanych z procesem edukacyjnym
- pomoc rzeczowa o charakterze edukacyjnym

3. Zdarzenie losowe uzasadniające przyznanie zasiłku losowego:

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - śmierć jednego lub obojga rodziców | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| - nieuleczalna choroba rodziców lub pełnoletniego ucznia | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| - ciężki wypadek powodujący trwałe uszczerbek na zdrowiu | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| - pożar lub zalanie mieszkania | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| - zniszczenie, zagubienie lub kradzież podręczników pomocy szkolnych | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| - inne , jakie ? | | |
-
-

¹ Proszę zaznaczyć „x” wybraną pozycję.

9. Dane wnioskodawcy:

.....
(imię i nazwisko)
PESEL | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | 3

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon)

.....
data i podpis wnioskodawcy
pieczęć, jeśli wnioskodawcą jest dyrektor szkoły

Oświadczam, że:

1. Przedstawione dane są zgodne ze stanem faktycznym oraz dołączam dokumenty potwierdzające wystąpienie zdarzenia losowego.
2. W przypadku przyznania zasiłku szkolnego w formie świadczenia pieniężnego zostanie ono przeznaczone na pokrycie wydatków związanych z procesem edukacyjnym ucznia.
3. **Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**
4. **Zostałem(am) zapoznany(na) z art. 233 §1 KK Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.**

.....
data podpis rodzica / opiekuna prawnego niepełnoletniego ucznia
lub pełnoletniego ucznia

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. 119.1 z 04.05.2016) informuję, iż:

Administratorem danych osobowych jest Burmistrz Barwice z siedzibą w Barwicach (78-460) przy ulicy Zwycięzców 22, który powierzył Centrum Usług Wspólnych z siedzibą w Barwicach (78-460) przy ulicy Zwycięzców 22 przyjmowanie wniosków oraz wypłatę pomocy materialnej o charakterze socjalnym. Z administratorem można skontaktować się mailowo: urząd@um.barwice.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora. Z Centrum Usług Wspólnych można skontaktować się mailowo: zago@um.barwice.pl lub pisemnie. Wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się mailowo: iod@um.barwice.pl. Dane przetwarzane są dla celów związanych z rozpatrzeniem wniosku o przyznanie pomocy materialnej o charakterze socjalnym, wydaniem decyzji oraz wypłatą pomocy, na podstawie ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty. Dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być podmioty upoważnione na podstawie odpowiednich przepisów prawa. Szczegółowe informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych zamieszczone zostały w klauzuli informacyjnej wywieszanej na tablicy ogłoszeń lub na stronie internetowej: www.zago.barwice.pl.

³ Nie wypełnia dyrektor szkoły

<i>(wypełnia urząd)</i>		
Przyznaje się zasiłek		Sprawdzono pod względem formalnym
Nie przyznaje się zasiłku		
..... (podpis osoby upoważnionej)		