

Organ realizujący stypendium szkolne: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Suszcu 43-267- Suszec, ul. Lipowa 1

WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM SZKOLNEGO na rok szkolny 2023/2024

I. Wnioskodawca: (właściwe zakreślić):

- rodzic - opiekun prawny - pełnoletni uczeń - dyrektor szkoły, kolegium pracowników służb społecznych lub ośrodka, do którego uczęszcza uczeń.

Dane osoby składającej wniosek

Imię i Nazwisko	
Adres zamieszkania	
Nr. telefonu	

II. Wnoszę o przyznanie stypendium szkolnego dla (dane ucznia):

Imię i Nazwisko
PESEL
Imię i nazwisko matki
Imię i nazwisko ojca
Adres zamieszkania
Adres stałego zameldowania (wpisać gdy jest inny niż zamieszkania)
Data i miejsce urodzenia

III. Informacje o miejscu pobierania nauki:

Nazwa placówki					
Adres placówki					
Klasa do której uczęszcza uczeń w roku szkolnym 20...../20....					
Typ placówki	szkoła podstawowa <input type="checkbox"/>	Szkoła ponadpodstawowa <input type="checkbox"/>	Ośrodek rewalidacyjno-wychowawczy <input type="checkbox"/>	Kolegium pracowników służb społecznych <input type="checkbox"/>	Inny <input type="checkbox"/>

IV. Pozostałe dane:**1. We wspólnym gospodarstwie domowym pozostają (skład rodziny):**

Lp.	Imię i nazwisko	Status życiowy (np. zatrudniony, uczeń, student, bezrobotny, nie aktywny zawodowo, emeryt, rencista, przedsiębiorca, rolnik)	PESEL	Stopień pokrewieństwa
1.				Wnioskodawca
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				

2. Dodatkowe informacje służące ustaleniu stypendium szkolnego.**2.1 Oświadczam, że moja rodzina obecnie korzysta ze świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej**

Tak Nie

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „Tak” wypełnienie pkt. 3 nie jest wymagane.

2.2 Uczeń/wychowanek ubiegający się o stypendium otrzymuje/nie otrzymuje* inne stypendium o charakterze socjalnym przyznane przez.....

w wysokości:zł, na okres od.....do.....

3. Dochody netto rodziny z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku wyniosły:

Lp.	Źródła dochodu	TAK*	NIE*	Dochód netto
1.	Wynagrodzenie ze stosunku pracy			.....zł
2.	Umowa cywilno-prawna, zlecenie, o dzieło			.....zł
3.	Z tytułu renty, emerytury, świadczenia przedemerytalnego lub zasiłku przedemerytalnego, emerytury pomostowej, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, uposażenia w stanie spoczynku, renty strukturalnej oraz renty socjalnej.			.....zł
4.	Z tytułu pobierania zasiłku lub stypendium dla bezrobotnych, świadczenia szkoleniowego, dodatku aktywizacyjnego			.....zł
5.	Świadczenia z ubezpieczenia społecznego (zasiłki chorobowe, macierzyńskie, świadczenia rehabilitacyjne)			.....zł
6.	Alimenty/Świadczenia z funduszu alimentacyjnego			.....zł
7.	Praca dorywcza			.....zł
8.	Dodatek mieszkaniowy			.....zł
9.	Zasiłek okresowy lub stały z pomocy społecznej			.....zł
10.	Dochody z gospodarstwa rolnego (ilość ha przeliczeniowych)			.....zł

11.	Działalność gospodarcza:			.....zł
a)	rozliczenie na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych			.....zł
b)	rozliczenie na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym (karta podatkowa, ryczałt)			.....zł
12.	Zasiłek rodzinny z dodatkami			.....zł
13.	Zasiłek pielęgnacyjny/dodatek pielęgnacyjny			.....zł
14.	Świadczenie pielęgnacyjne			.....zł
15.	Specjalny zasiłek opiekuńczy			.....zł
16.	Zasiłek dla opiekunów			.....zł
Inne dochody nie niewykazane powyżej:				
17.	Dochód jednorazowy uzyskany w ciągu 12 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku przekraczający pięciokrotnie kwotę kryterium dochodowego rodziny, tj.			.....zł
18.	Inne dochody, tj.			.....zł
Wysokość alimentów świadczonych na rzecz innych osób spoza rodziny:				.....zł
ŁĄCZNY MIESIĘCZNY DOCHÓD NETTO RODZINY				.....zł

*odpowiednie pole zaznaczyć x

.....
(data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

4. W rodzinie występują: (zaznaczyć właściwe znakiem x)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> wielodzietność | <input type="checkbox"/> bezrobocie |
| <input type="checkbox"/> alkoholizm | <input type="checkbox"/> niepełnosprawność |
| <input type="checkbox"/> ciężka lub długotrwała choroba | <input type="checkbox"/> narkomania |
| <input type="checkbox"/> wystąpiło zdarzenie losowe | <input type="checkbox"/> rodzina jest niepełna |
| <input type="checkbox"/> brak wypełniania funkcji opiekuńczo – wychowawczej | |

5. Pożądana forma świadczenia pomocy materialnej /właściwe zaznaczyć i 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 Rodzaj zajęć.....	<input type="checkbox"/>
B	POMOC RZECZOWA O CHARAKTERZE EDUKACYJNYM (określona w katalogu wydatków – załącznik do uchwały)	<input type="checkbox"/>
C	CAŁKOWITE LUB CZĘŚCIOWE POKRYCIE KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z POBIERANIEM NAUKI POZA MIEJSCEM ZAMIESZKANIA (dotyczy tylko uczniów szkół ponadpodstawowych oraz słuchaczom kolegiów, obejmuje koszty dojazdu i zakwaterowania w miejscu pobierania nauki)	<input type="checkbox"/>
D	ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO, <u>W PRZYPADKACH OKREŚLONYCH</u> W art. 90 d ust. 5 ustawy	<input type="checkbox"/>

