**WNIOSEK**

**o przyznanie pomocy materialnej o charakterze socjalnym w formie stypendium szkolnego dla ucznia zamieszkałego na terenie Gminy Pakość**

**w roku szkolnym 2025/2026**

**1. Dane osobowe ucznia/słuchacza/wychowanka**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Data i miejsce urodzenia** |  |
| **Imię matki/opiekuna prawnego** |  |
| **Imię ojca/opiekuna prawnego** |  |

**2. Potwierdzenie adresu stałego miejsca zamieszkania ucznia/słuchacza/wychowanka w dziale ewidencji ludności Urzędu Miejskiego w Pakości**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Ulica, nr domu | Województwo | Nr telefonu |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Pieczątka i podpis pracownika Urzędu Miejskiego w Pakości |

**3. Informacja o szkole /kolegium/ośrodku**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa szkoły | Adres | Klasa | Potwierdzenie szkoły/ośrodka{pieczątka szkoły i podpis prac. adm.} |
|  |  |  |  |

**4. Dane uzasadniające przyznanie stypendium szkolnego o charakterze szkolnego o charakterze socjalnym** (trudna sytuacja materialna wynikająca z niskich dochodów na osobę w rodzinie)**, w szczególności w rodzinie występuje:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **a)** | bezrobocie |  |
| **b)** | niepełnosprawność |  |
| **c)** | ciężka lub długotrwała choroba |  |
| **d)** | wielodzietność |  |
| **e)** | brak umiejętności wypełniania funkcji opiekuńczo-wychowawczych |  |
| **f)** | alkoholizm lub narkomania |  |
| **g)** | rodzina niepełna |  |
| **h)** | wystąpiło zdarzenie losowe |  |

\*w odpowiednim miejscu zaznaczyć znakiem „X”

 **5. Pożądana forma świadczenia pomocy materialnej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **a)** | Całkowite lub częściowe pokrycia kosztów udziału w zajęciach edukacyjnych (w tym szczególności wyrównawczych, wykraczających poza zajęcia realizowane w szkole w ramach planu nauczania, a także udziału w zajęciach edukacyjnych realizowanych poza szkołą. |  |
| **b)** | Pomoc rzeczowa o charakterze edukacyjnym, w tym szczególności zakupu podręczników. |  |
| **c)** | Całkowite lub częściowe pokrycie kosztów związanych z pobieraniem nauki poza miejscem zamieszkania (dotyczy uczniów szkół ponadgimnazjalnych oraz słuchaczy kolegiów pracowników służb społecznych). |  |
| **d)**  | Świadczenie pieniężne. |  |

\* w odpowiednim miejscu zaznaczyć znakiem „X”

**Uzasadnienie pożądanej formy pomocy/przeznaczenie przyznanej formy pomocy**

…............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**6a. Oświadczenie o sytuacji rodzinnej i materialnej wnioskodawcy.**

We wspólnym gospodarstwie pozostają niżej wymienione osoby:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Imię i Nazwisko** | **Stopień pokrewieństwa w stosunku do ucznia** | **Miejsce zatrudnienia lub nauki**  | **PESEL** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**6b. Źródła miesięcznego dochodu netto w rodzinie z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku (udokumentowane odpowiednim zaświadczeniem lub oświadczeniem) stanowiły:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Źródło miesięcznego dochodu** | **Kwota netto zł** |
| **1.** | Wynagrodzenie za pracę na postawie umowy o pracę, umowy zlecenie, umowy o dzieło |  |
| **2.** | Zasiłek rodzinny i dodatki stałe |  |
| **2.** | Świadczenie pielęgnacyjne /Specjalny zasiłek opiekuńczy  |  |
| **4.** | Zasiłek pielęgnacyjny |  |
| **5.** | Zasiłki stale z pomocy społecznej |  |
| **6.** | Emerytury, renty inwalidzkie i rodzinne |  |
| **7.** | Alimenty i świadczenie z funduszu alimentacyjnego |  |
| **8.** | Zasiłek dla bezrobotnych |  |
| **9.** | Dochody z prowadzenia działalności gospodarczej |  |
| **10.** | Dodatek mieszkaniowy wraz z ryczałtem na zakup opału |  |
| **11.** | Dochody z prowadzenia gospodarstwa rolnego\* |  |
| **12.** | Inne dochody (np. zasiłek macierzyński, zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, praktyki uczniowskie, darowizny, dochody z prac dorywczych) |  |
| **RAZEM** |  |

\*należy przyjąć za 1 ha przeliczeniowy kwotę 459,00 zł

Oświadczam, że gospodarstwo domowe prowadzi / ą wspólnie …..... osób / osoby a **łączne dochody miesięczne netto osiągnięte w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku** wyniosły ……………….zł, co przeliczeniu na jednego członka gospodarstwa domowego stanowiło kwotę …………… złotych.

 **7. Oświadczam, że …..................................... pracuje za zagranicą i osiąga tam dochody/ nikt z członków rodziny nie pracuje za granicą i nie osiąga z tego tytułu dochodów.** (niepotrzebne skreślić)

**8. Oświadczam, że otrzymuję/ nie otrzymuję** **inne/go stypendium socjalne/go ze środków publicznych.** (niepotrzebne skreślić)

**9. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany o obowiązku niezwłocznego powiadomienia Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej w Pakości o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania stypendium szkolnego o charakterze socjalnym.**

**10. Uprzedzony/a o odpowiedzialności za podawanie fałszywych danych potwierdzam prawdziwość podanych wyżej informacji oraz wszystkich załączników.**

**11. Załączniki do wniosku (np. zaświadczenie/oświadczenie o dochodach, zaświadczenie ze szkoły ponadgimnazjalnej itp.).**

Zaświadczenie lub oświadczenie o………………………………………………………………………………………………………..

Zaświadczenie lub oświadczenie o………………………………………………………………………………………………………..

 ……………………………….. …………………………………………………………

 /miejscowość, data/ /czytelny podpis wnioskodawcy/

**POUCZENIE:**

1. Zgodnie z przepisem art. 10 § 1 Kodeksu Postępowania Administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 572) przysługuje Panu/i prawo czynnego udziału w postępowaniu, wszczętym z niniejszego wniosku, a przed wydaniem decyzji ma Pan/i prawo wypowiedzieć się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

2. Zgodnie z przepisem art. 73 § 1 i § 2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego ma Pan/i prawo wglądu w akta sprawy, sporządzania z nich notatek, kopii lub odpisów. Prawo to przysługuje również po zakończeniu postępowania. Ma Pan/i prawo żądania uwierzytelnienia odpisów lub kopii akt sprawy lub wydania z akt sprawy uwierzytelnionych odpisów, o ile jest to uzasadnione Pana/i ważnym interesem.

3. Zgodnie z przepisem art. 41 § 1 Kodeksu Postępowania Administracyjnego w toku postępowania zobowiązany/a jest Pan/i zawiadomić Organ o każdej zmianie swego adresu. Obowiązek ten dotyczy także przedstawicieli i pełnomocników. W przypadku zaniedbania tego obowiązku doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny (art. 41 § 2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego).

4. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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) na stronie internetowej [www.opspakosc.pl](http://www.opspakosc.pl) w zakładce "Polityka prywatności" zamieszczona została „Klauzula informacyjna” dotycząca ochrony Pana/i danych osobowych. Oświadczam, że treść powyższych informacji jest zrozumiała.

 ...……………………………….. ……………………………………………………………

 /miejscowość, data/ /czytelny podpis wnioskodawcy/

Proszę o następujący sposób realizacji świadczenia:

|  |
| --- |
|  |

przelewem na rachunek bankowy

|  |
| --- |
|  |

gotówką w kasie Ośrodka

Nr rachunku

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

 ……………………………………………………………..

 /czytelny podpis wnioskodawcy/

**Wypełnia organ wydający decyzję (w odpowiednim miejscu wstawić „X”)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Tak** | **Nie** |
| Stwierdza się poprawność wniosku |  |  |
| Stwierdza się poprawność danych |  |  |
| Przyznaje się pomoc materialną |  |  |
| Wysokość stypendium |  |  |

 **…………………………………………………………………………..**

 /podpis osoby odpowiedzialnej za weryfikację**/**

**Wydano decyzję administracyjną nr……………………………………**