

WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM SZKOLNEGO

1. Wnioskodawca:

- RODZIC/OPIEKUN PRAWNY UCZNI
 PEŁNOLETNI UCZEŃ
 DYREKTOR SZKOŁY, OŚRODKA LUB KOLEGIUM

2. Dane wnioskodawcy:

Nazwisko i imię											
PESEL											
Adres stałego zameldowania	miejsowość										
	ulica/nr										
	kod pocztowy										
Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż adres zameldowania)	miejsowość										
	ulica/nr										
	kod pocztowy										
Numer telefonu											
NIP wnioskodawcy											

3. Dane ucznia:

Nazwisko i imię											
PESEL ucznia											
Nazwisko i imię matki/ opiekuna prawnego											
Nazwisko i imię ojca/ opiekuna prawnego											
Data i miejsce urodzenia ucznia											
Adres stałego zameldowania ucznia	miejsowość										
	ulica/nr										
	kod pocztowy										
Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż adres zameldowania)	miejsowość										
	ulica/nr										
	kod pocztowy										
W której klasie uczeń pobiera naukę											

4. Dane szkoły:

Nazwa szkoły (jeżeli szkoła jest w zespole szkół również nazwa zespołu)					
Typ szkoły		publiczna	niepubliczna o uprawnieniach szkoły publicznej	niepubliczna nieposiadająca uprawnień szkoły publicznej	
Adres szkoły	miejsowość				
	ulica/nr				
	kod pocztowy				

5. Informacja placówki oświatowej o uczniu:

Potwierdzam, że jest uczniem

(imię i nazwisko ucznia)

.....
(klasa i rok nauki oraz nazwa i adres placówki)

.....
(pieczęć szkoły)

.....
(data i podpis osoby upoważnionej)

6. Sytuacja społeczna w rodzinie: (właściwie zaznaczyć)

RODZINA JEST PEŁNA: TAK NIE

W RODZINIE WYSTĘPUJE (właściwie 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.	BRAK UMIEJĘTNOŚCI WYKONYWANIA FUNKCJI OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZEJ	<input type="checkbox"/>
6.	ALKOHOLIZM	<input type="checkbox"/>
7.	NARKOMANIA	<input type="checkbox"/>
8.	INNE	<input type="checkbox"/>

7. Czy uczeń otrzymuje inne stypendium o charakterze socjalnym ze środków publicznych (właściwie zaznaczyć):

TAK (należy uzupełnić poniższą tabelę) NIE

1.	Nazwa instytucji, która przyznała stypendium	
2.	Miesięczna wysokość stypendium	
3.	Okres, na który przyznano stypendium	od roku do..... roku

8. Wnioskowane formy pomocy: (zaznaczyć 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,

pomoc rzeczowa o charakterze edukacyjnym, w tym w szczególności zakup podręczników,

całkowite lub częściowe pokrycie kosztów związanych z pobieraniem nauki poza miejscem zamieszkania (dotyczy uczniów szkół ponadgimnazjalnych oraz słuchaczy kolegów, o których mowa w art. 90d ust. 3 ustawy o systemie oświaty).

Oświadczenie o sytuacji rodzinnej i materialnej ucznia:

1) Dane dotyczące gospodarstwa domowego: Oświadczam, że moja rodzina składa się z niżej wymienionych osób, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (dochód oblicza się w sposób wskazany w ustawie o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r.)

(do niniejszego oświadczenia należy załączyć zaświadczenia o dochodach dla każdej niżej wymienionej osoby)

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL	Stopień pokrewieństwa	Źródło dochodu	Wysokość dochodu w zł
1.			wnioskodawca		
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

Razem:

Zasiłki i dodatki (przy odpowiednim postawić znak X)

Zasiłek chorobowy	
Zasiłek dla bezrobotnych	
Zasiłek wychowawczy	
Zasiłek pielęgnacyjny	
Zasiłek rodzinny	
Dodatek z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka	
Dodatek z tytułu samotnego wychowywania dziecka	
Świadczenie rodzicielskie	
Dodatek z tytułu wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej	
Dodatek z tytułu podjęcia przez dziecko nauki w szkole poza miejscem zamieszkania	
Świadczenie pielęgnacyjne / Specjalny zasiłek opiekuńczy	
Świadczenie z funduszu alimentacyjnego / Alimenty	
Dodatek mieszkaniowy / Dodatek energetyczny	
Zasiłek stały/okresowy z pomocy społecznej	

Dochód miesięczny uzyskiwany z ha przeliczeniowych: x **308,00 zł** =

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.			
ŁĄCZNE ZOBOWIĄZANIA:			

Łączny dochód gospodarstwa domowego za ostatni miesiąc wynosi:zł

Średni dochód na 1 osobę wynosi: zł

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

