Załącznik Nr 3 do Regulaminu

OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ

33-336 Łabowa 38

TEL. 18 4711285

**WNIOSEK O PRZYZNANIE ZASIŁKU SZKOLNEGO**

**DLA UCZNIA ZAMIESZKUJĄCEGO NA TERENIE GMINY ŁABOWA**

|  |
| --- |
| **1. WNIOSKODAWCA (imię, nazwisko, dokładny adres, telefon kontaktowy)** |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. DANE OSOBOWE UCZNIA** | |
| Imię | Nazwisko |
| Data urodzenia | Miejsce urodzenia |
| Numer PESEL | Telefon |
| Adres zamieszkania | |
| Nazwa i adres szkoły | |
| W roku szkolnym 20…./20….. jestem uczniem klasy/semestru…………………………………………………………. | |

|  |
| --- |
| **3. DANE OSOBOWE RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW** |
| Imię i nazwisko ojca…………………………………………………………………Pesel………………………………………………. |
| Imię i nazwisko matki…………………………………………………………….Pesel………………………………………………. |
| Miejsce zamieszkania............................................................................................................................ |
| Adres stałego zameldowania................................................................................................................ |

|  |
| --- |
| **4. KRYTERIA TRUDNEJ SYTUACJI ŻYCIOWEJ, W JAKIEJ ZNALAZŁ SIĘ UCZEŃ (MOŻNA WYBRAĆ 3 KRYTERIA)** |
| * śmierć rodzica lub prawnego opiekuna |
| * nagła choroba w rodzinie ucznia |
| * klęska żywiołowa |
| * wydatki związane z długotrwałą chorobą ucznia lub członków rodziny |
| * nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu ucznia lub członków rodziny |
| * kradzież w mieszkaniu ucznia |
| * inne, szczególne okoliczności (jakie?)……………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **5. OPIS ZDARZENIA LOSOWEGO** |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **6. POŻĄDANA FORMA ZASIŁKU SZKOLNEGO** |
| * Pomoc rzeczowa |
| * Gotówka, pobrana w Kasie Banku Spółdzielczego w Łabowej * Świadczenie pieniężne, które proszę przekazać na rachunek bankowy   …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(nr rachunku bankowego)  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………  (imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego) |

**Ogólna klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych w Ośrodku Pomocy Społecznej w Łabowej**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Łabowej  
 z siedzibą w 33-336 Łabowa 38,

2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych – Piotr Śpiewak, tel. 793331212,   
 e-mail: [iod@labowa.pl](mailto:iod@labowa.pl),

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu dopełnienia obowiązków określonych w przepisach prawa na podstawie art.6 ust.1 lit.b (przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą) art.6 ust.1 lit.c (przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze,

4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą upoważnieni pracownicy administratora,

5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną,

6) posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie,

7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,

8) podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem art.3, ustawy o pomocy społecznej z dnia 15 września 2017 roku) jest obligatoryjne.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych,

które Ośrodek Pomocy Społecznej w Łabowej przetwarza w związku z ubieganiem się przeze mnie o  prawo do świadczenia

............................................. .................................................

(miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy)

Do wniosku załączam:

1..........................................................

2..........................................................

3..........................................................