

.....
(miejscowość, data)

Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie
ul. Grunwaldzka 3
13 – 300 Nowe Miasto Lubawskie

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY NA KONTYNUOWANIE NAUKI

1. Wnioskodawca.....
(imię i nazwisko, data i miejsce urodzenia, PESEL)

.....
(dokładny adres zamieszkania)

2. Proszę o przyznanie pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki od dnia.....

3. W roku szkolnym 20..../20..... kontynuuję naukę

W.....
(nazwa szkoły, klasa, kierunek)

4. Sytuacja rodzinna:

a) osoba samotnie gospodarująca

b) osoba wspólnie zamieszkująca gospodarująca z rodziną

.....
(wymienić osoby wspólnie gospodarujące, stopień pokrewieństwa, itd.)

5. Rodzaj opieki, z której korzystała osoba usamodzielniana:

(odpowiednie zaznaczyć, wpisać dane rodziny zastępczej, nazwę placówki, w której przebywała osoba usamodzielniana, czas pobytu)

a) rodzina zastępcza

b) rodzinny dom dziecka

c) placówka opiekuńczo – wychowawcza

d) regionalna placówka opiekuńczo – terapeutyczna

e) interwencyjny ośrodek preadopcyjny

f) dom pomocy społecznej

g) zakład poprawczy

h) schronisko dla nieletnich

i) młodzieżowy ośrodek wychowawczy

6. Łączny czas pobytu w pieczy zastępczej.....

7. Podstawa umieszczenia w rodzinie zastępczej/placówce opiekuńczo – wychowawczej/innej

(sąd, nazwa, z dnia, sygnatura akt)

8. Dochód potwierdzony dokumentacją (alimenty, renta rodzinna, inne (jakie?) – jego wysokość netto, uposażenie, brak dochodu)

a) wnioskodawcy.....

b) osób wspólnie gospodarujących.....

(wypisać wszystkie osoby wspólnie gospodarujące i ich dochód)

9. Zostałam/em, Nie zostałam/em skazany prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub przestępstwo skarbowe.

10. Zobowiązuje się do realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia.

11. Zobowiązuję się do przedkładania na początku każdego semestru nauki zaświadczenia stwierdzającego kontynuowanie nauki.

(miejscowość, data)

(podpis)

Pozytywnie opiniuję wniosek

(podpis opiekuna usamodzielnienia)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lub., ul. Grunwaldzka 3, zgodnie z ustawą z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 2135) gromadzonych w celu przyznania pomocy na kontynuowanie nauki, które przekazuję dobrowolnie zastrzegając prawo dostępu, sprawdzania i poprawiania.

Podstawa prawna art. 23 oraz 24 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. 2015 poz. 2135)

Zostałem/am pouczony/na o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88 z 1997 poz. 553 – kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis)

Informacja o decyzji w sprawie przyznania świadczenia

.....
.....

Nowe Miasto Lubawskie, dnia.....

.....
(podpis i pieczęć dyrektora PCPR)