



Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie w Trzebnicy



Załącznik nr 1 do Regulaminu przyznawania stypendiów dla uczniów z niepełnosprawnościami w ramach projektu „Dolnośląski program pomocy uczniom niepełnosprawnym „Sprawny uczeń”

| | | |
|--|--|--------------|
| Metryczka: | | |
| Data wpływu wniosku: | | KOD wniosku: |
| Godzina wpływu wniosku: | | |
| Podpis pracownika przyjmującego wniosek: | | |

Wniosek o przyznanie stypendium

UWAGA: Kandydat wypełnia wyłącznie białe pola

| | | |
|--|-----------------|-------------------------------|
| CZĘŚĆ A | | |
| A1. DANE UCZNIĄ UBIEGAJĄCEGO SIĘ O STYPENDIUM | | |
| Imię: | Nazwisko: | Telefon (obowiązkowo): |
| PESEL*: | Data urodzenia: | E-mail: |
| A2. ADRES ZAMIESZKANIA UCZNIĄ | | |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Miejscowość: | Kod pocztowy: | Ulica i numer domu/mieszkania |
| A3. ADRES DO KORESPONDENCJI | | |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Miejscowość: | Kod pocztowy: | Ulica i numer domu/mieszkania |
| A4. DANE SZKOŁY, DO KTÓREJ UCZĘSZCZA | | |





| | |
|---|---------------|
| Rodzaj szkoły: | Nazwa szkoły: |
| Adres szkoły (ulica, numer, miejscowość, kod pocztowy): | |

*) W przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL, należy podać numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość.

| | | |
|---|---------------|-------------------------------|
| CZĘŚĆ B | | |
| B1*. DANE DOTYCZĄCE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO/KURATORA/OPIEKUNA ZASTĘPCZEGO ITD. | | |
| Imię: | Nazwisko: | Telefon (obowiązkowo): |
| E-mail: | | |
| B2*. ADRES ZAMIESZKANIA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO/OPIEKUNA ZASTĘPCZEGO: | | |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Miejscowość: | Kod pocztowy: | Ulica i numer domu/mieszkania |

*) W przypadku, gdy wniosek w imieniu ucznia składa rodzic/opiekun prawny/kurator/opiekun zastępczy.

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| CZĘŚĆ C | | |
| C1. KRYTERIA FORMALNE – OBOWIĄZKOWE - dla uczniów z niepełnosprawnościami, ubiegających się o stypendium w ramach projektu: | | |
| WYPEŁNIA KANDYDAT odznaczając pola TAK albo NIE | | |
| Posiadam status osoby z niepełnosprawnościami | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Zamieszkuję na terenie powiatu trzebnickiego | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Realizuję obowiązek szkolny na poziomie podstawowym lub realizuję obowiązek nauki na poziomie ponadpodstawowym (z wyłączeniem szkół policealnych) lub realizuję zajęcia rewalidacyjno – wychowawcze | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |





UWAGA: W PRZYPADKU ZAZNACZENIA ODPOWIEDZI **NIE** – WNIOSEK ZOSTAJE ODRZUCONY

C3. KRYTERIA DODATKOWE UCZESTNICTWA - NIEOBOWIĄZKOWE - dla uczniów z niepełnosprawnościami, ubiegających się o stypendium w ramach projektu:

WYPEŁNIA KANDYDAT odznaczając pola TAK albo NIE

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Znajduję się w trudnej sytuacji materialnej tzn. na rzecz kandydata ubiegającego się o stypendium przyznano zasiłek rodzinny za miesiąc, w którym składany jest wniosek o przyznanie stypendium, zgodnie z ustawą o świadczeniach rodzinnych | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Przebywam w systemie pieczy zastępczej | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jestem osobą z niepełnosprawnościami sprzężoną | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Zamieszkuję na obszarze wiejskim | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jestem członkiem rodziny wielodzietnej | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

UWAGA!

Wniosek należy wypełnić komputerowo lub ręcznie i złożyć w wersji papierowej (wydrukowanej, potwierdzonej własnoręcznym podpisem Wnioskodawcy lub osoby Uprawnionej do składania oświadczeń w imieniu Wnioskodawcy, tj. rodzica/ opiekuna prawnego/ kuratora/ opiekuna zastępczego.

W sytuacji przesłania wniosku listem poleconym lub przesyłką kurierską o przyjęciu wniosku decyduje data wpływu przesyłki do Partnera – podmiotu Udzielającego stypendium właściwego ze względu na miejsce zamieszkania Kandydata.





CZĘŚĆ D

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Dobrowolnie deklaruję swój udział w Projekcie „Dolnośląski program pomocy uczniom niepełnosprawnym „Sprawny uczeń”, finansowanym w ramach programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027, priorytet 08 Fundusze Europejskie dla edukacji na Dolnym Śląsku, Działanie 08.01 Dostęp do edukacji.

Jako Uczestnik Projektu zobowiązuję się do:

- wypełnienia dokumentacji związanej z uczestnictwem w projekcie, w tym po jego zakończeniu,
- aktualizacji swoich danych, jeśli zajdą w nich zmiany,
- w terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekazania Udzielającemu stypendium danych dotyczących uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji po opuszczeniu Programu

CZĘŚĆ E

OŚWIADCZENIA I POUCZENIE

Świadoma/y odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 Kodeksu Karnego (Dz. U. 2024 r. poz. 17) oświadczam, że dane zawarte we Wniosku o przyznanie stypendium są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem przyznawania stypendiów dla uczniów z niepełnosprawnościami w ramach projektu „Dolnośląski programu pomocy uczniom niepełnosprawnym „Sprawny uczeń”.

W związku z ubieganiem się o jednorazowe stypendium dla uczniów z niepełnosprawnościami ze szkół podstawowych, ponadpodstawowych (z wyłączeniem szkół policealnych) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka (w przypadku niepełnoletniego ucznia lub ubezwłasnowolnionego) zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 z późn. zm.).

Przyjmuję do wiadomości, iż wszelkie wydatki poniesione ze stypendium muszą ściśle łączyć się z edukacją ucznia z niepełnosprawnościami i są wymienione w katalogu w § 5 ust. 6 Regulaminu.

Miejscowość:

Data:

Podpis Stypendysty lub osoby reprezentującej Stypendystę

CZĘŚĆ F

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH





Ja(imię i nazwisko) niżej podpisana wyrażam zgodę na **przetwarzanie moich danych osobowych / oraz danych osobowych mojego dziecka (w przypadku ucznia niepełnoletniego lub osoby ubezwłasnowolnionej)¹**, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego 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 oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781.) przez Partnera Wiodącego, Partnera oraz Instytucję Zarządzającą programem Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska w związku z ubieganiem się o jednorazowe stypendium dla uczniów z niepełnosprawnościami ze szkół podstawowych, ponadpodstawowych (z wyłączeniem szkół policealnych).

Podaję dane dobrowolnie i oświadczam, że są zgodne z prawdą.

| | | |
|--------------|-------|--|
| Miejscowość: | Data: | Podpis Stypendysty lub osoby reprezentującej Stypendystę |
|--------------|-------|--|

¹ * **niepotrzebne skreślić**





Oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulami informacyjnymi

Ja, niżej podpisany/na,*
(imię, nazwisko),

jako osoba uczestnicząca w procesie rekrutacji/osoba reprezentująca kandydata *) do projektu
„Dolnośląski Program Pomocy uczniom niepełnosprawnym „Sprawny uczeń”

w związku z art. 6 ust 1 lit. a-c i e 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) wobec przetwarzania danych niezbędnego do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze lub niezbędnego do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym, a wynikającego z realizacji działań w ramach projektu współfinansowanego ze środków programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027 (FEDS)

oświadczam, że zapoznałem/am* się z treścią klauzuli informacyjnej właściwej dla Partnera Wiodącego projektu – Dolnośląskiego Ośrodka Polityki Społecznej oraz Instytucji Zarządzającej programu FEDS opublikowanej na stronie internetowej <https://dops.wroc.pl/sprawny-uczen/rekrutacja/> oraz na stronie internetowej partnera projektu.

*) niepotrzebne skreślić

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

