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 UCZNIA UBIEGAJĄCEGO SIĘ O STYPENDIUM | | | | | |
| Imię: | | Nazwisko: | | | Telefon (obowiązkowo): |
| PESEL\*: | | Data urodzenia: | | | E-mail: |
| A2. ADRES ZAMIESZKANIA UCZNIA | | | | | |
| 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 | | ☐ TAK | ☐ NIE |
| Zamieszkuję na terenie Powiatu Głogowskiego | | ☐ TAK | ☐ NIE |
| Realizuję obowiązek szkolny na poziomie podstawowym  lub  realizuję obowiązek nauki na poziomie ponadpodstawowym (z wyłączeniem szkół policealnych)  lub  realizuję zajęcia rewalidacyjno – wychowawcze | | ☐ TAK | ☐ 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 | | ☐ TAK | ☐ NIE |
| Przebywam w systemie pieczy zastępczej | | ☐ TAK | ☐ NIE |
| Jestem osobą z niepełnosprawnościami sprzężoną | | ☐ TAK | ☐ NIE |
| Zamieszkuję na obszarze wiejskim | | ☐ TAK | ☐ NIE |
| Jestem członkiem rodziny wielodzietnej | | ☐ TAK | ☐ 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]](#footnote-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 Zarządzają 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 [↑](#footnote-ref-1)