

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	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Zamieszkuję na terenie Powiatu Strzelińskiego	<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