

_____, dnia _____

(imię i nazwisko)_____
(adres zamieszkania)_____
(PESEL)_____
(seria i nr dowodu osobistego, wydany przez)_____
(nr telefonu)Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Stargardzie

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY NA KONTYNUOWANIE NAUKI

Proszę o przyznanie mi pomocy na kontynuowanie nauki, o której mowa w art. 140 ust. 1 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej w związku z kontynuacją nauki – forma kształcenia**:

SZKOŁA / UCZELNIA / SZKOŁA WYŻSZA	nazwa szkoły adres szkoły kierunek nauki klasa/rok nauki	
KURS	nazwa kursu nazwa instytucji szkolącej	
U PRACODAWCY W CELU PRZYGOTOWANIA ZAWODOWEGO	nazwa pracodawcy adres pracodawcy	
INNE	nazwa adres kierunek klasa rok	

* niepotrzebne skreślić **właściwie uzupełnić

Proszę o przekazywanie należnych mi świadczeń z tytułu kontynuowania nauki na numer rachunku bankowego:.....

należący do

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

Zgodnie z obowiązującymi przepisami zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie o każdej zmianie sytuacji osobistej, która ma wpływ na prawo do pomocy na kontynuowanie nauki, **np. o zmianie sytuacji szkolnej**.

Zobowiązuję się również dostarczać pisemną informację ze szkoły potwierdzającą kontynuowanie nauki, nie rzadziej niż co 6 miesięcy.

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

Oświadczam, że nie byłam/łem skazana/ny / byłam/łem skazana/ny* prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub przestępstwo skarbowe (jeżeli tak: wyrok sądu w z dniasygn. Akt).

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

*niepotrzebne skreślić

Jako opiekun usamodzielnienia popieram/nie popieram* przyznanie pomocy na kontynuowanie nauki.

Uwagi:

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

(miejscowość, data)

(czytelny podpis opiekuna usamodzielnienia)

OŚWIADCZENIA

Jednocześnie oświadczam, że:

Zapoznałam/em się z procedurami przyznawania dla osób usamodzielnianych pomocy na kontynuowanie nauki, usamodzielnienie oraz zagospodarowanie i je akceptuję, a w szczególności zobowiązuję się do wykorzystania przyznanego świadczenia zgodnie z przeznaczeniem, pod rygorem zwrotu środków, jak za świadczenia nienależnie pobrane oraz zostałam/am poinformowany/a, że:

- 1) Administratorem przekazanych danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie, ul. Skarbowa 1, 73-110 Stargard;
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora ochrony danych – Joannę Marczewską, z którym można kontaktować się e-mailowo: ido.stargard@gmail.com;
- 3) Administrator danych przetwarza dane osobowe w celu realizacji złożonego wniosku i obowiązków wynikających z ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej lub z ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c 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);
- 4) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania. Odmowa podania danych osobowych skutkować będzie konsekwencjami określonymi w ustawie wskazanej w pkt 3;
- 5) Dane osobowe przetwarzane będą przez okres wynikający z przepisów określonych w pkt 3 oraz z obowiązku ich archiwizowania;
- 6) Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do danych osobowych dotyczących ich osoby, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych;
- 7) Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 8) Dane osobowe, które są przetwarzane w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
- 9) Zgodnie z art. 10 Kodeksu postępowania administracyjnego mogę brać czynny udział w każdym stadium postępowania administracyjnego, a przed wydaniem decyzji wypowiedzieć się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

(miejscowość, data)

(czytelny podpis wnioskodawcy)

(miejscowość, data)

(podpis przyjmującego oświadczenia)

Adnotacja podmiotu realizującego pomoc na kontynuowanie nauki

Osoba usamodzielniana posiada / nie posiada zatwierdzony indywidualny program usamodzielnienia, wraz z elementami, o których mowa w art. 145 ust. 1 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. Zebrana w toku postępowania dokumentacja uprawnia wnioskodawcę do otrzymania pomocy na kontynuowanie nauki:

w wysokościzł miesięcznie na okres

Stargard, dnia.....

.....
podpis i pieczęć pracownika ds usamodzielnień

*niepotrzebne skreślić