

Nazwa organu właściwego

## WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA NA DOJAZDY DLA DZIECKA UCZĄCEGO SIĘ W SZKOLE PONADPODSTAWOWEJ LUB SZKOLE WYŻSZEJ W SYSTEMIE DZIENNYM

### DANE WNIOSKODAWCY

01. Imię

02. Nazwisko

03. Numer PESEL

04. Data urodzenia: (dd / mm / rrrr)

05. Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (1)

06. Obywatelstwo

07. Stan cywilny

### ADRES ZAMIESZKANIA

01. Gmina

02. Kod pocztowy

03. Miejscowość

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer mieszkania

07. Numer telefonu (1)

08. Adres poczty elektronicznej — e-mail (1)

(1) Dane nie są obowiązkowe ale ułatwią kontakt w sprawie wniosku.

Dane dzieci, adresy szkół lub szkół wyższych, do których dzieci uczęszczają oraz miesięczny koszt dojazdu Do wniosku należy załączyć:

- 1) zaświadczenie, lub inny dokument potwierdzający fakt kontynuowania nauki w szkole lub szkole wyższej,
- 2) 2) dokumenty potwierdzające miesięczne faktyczne koszty dojazdu.

**DANE DZIECKA - 1**

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL:

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr)

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

Nazwa oraz adres szkoły lub szkoły wyższej:

Miesięczny koszt dojazdu do szkoły lub szkoły wyższej:

**DANE DZIECKA - 2**

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL:

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr)

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

Nazwa oraz adres szkoły lub szkoły wyższej:

Miesięczny koszt dojazdu do szkoły lub szkoły wyższej:

**DANE DZIECKA - 3**

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL:

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr)

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

Nazwa oraz adres szkoły lub szkoły wyższej:

Miesięczny koszt dojazdu do szkoły lub szkoły wyższej:

**DANE DZIECKA - 4**

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL:

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr)

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

Nazwa oraz adres szkoły lub szkoły wyższej:

Miesięczny koszt dojazdu do szkoły lub szkoły wyższej:

Proszę o wpłatę świadczenia na dojazdy dla dziecko uczącego się w szkole ponadpodstawowej lub szkole wyższej w systemie dziennym na następujący nr rachunku bankowego / w spółdzielczej kasie oszczędnościowo - kredytowej (1):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(1) Pozostawić puste, jeżeli świadczenie ma być wypłacane za pomocą przekazu pocztowego

Do wniosku dołączam następujące dokumenty (oświadczenia są także dokumentami):

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

\_\_\_\_\_  
(Miejscowość)

\_\_\_\_\_  
(Data i podpis wnioskodawcy)

#### KLAUZULA INFORMACYJNA

Administratorem danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Michałowice, z siedzibą Reguły, ul. Aleja Powstańców Warszawy 1, 05-816 Michałowice., reprezentowany przez Dyrektora. Przetwarzanie danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze i ich podanie jest obowiązkowe na podstawie Ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, oraz innych przepisów sektorowych. Dane nie są przekazywane żadnym nieuprawnionym odbiorcom, ani też do państw trzecich. Dane są przechowywane przez czas określony w szczególnych przepisach prawa. Osobie której dane dotyczą, przysługuje prawo do wglądu w swoje dane i prawo ich uzupełniania. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych podane są w Polityce prywatności dostępnej w siedzibie i na stronie www Administratora.

<https://gops.michalowice.pl/gops/polityka-prywatnosci>