

Dane wnioskodawcy:

.....
miejsowość i data

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

W N I O S E K

o zwolnienie z częściowej* / całkowitej* odpłatności za posiłki
w Specjalnym Ośrodku Szkolno – Wychowawczym dla Dzieci Niewidomych w Owińskach

w okresie od do

1. Imię i nazwisko ucznia

2. PESEL ucznia

3. Data i miejsce urodzenia ucznia:

4. Adres zameldowania ucznia:

.....

5. Adres zamieszkania ucznia

.....

6. Szkoła / klasa:

.....

7. Imiona i nazwiska rodziców / opiekunów prawnych ucznia:

.....

8. Adres zamieszkania rodziców / opiekunów prawnych ucznia:

.....

9. Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
* - niepotrzebne skreślić

W załączeniu:

- 1) oświadczenie w sprawie osiągniętych dochodów -,* (Tak / Nie)
- 2) zaświadczenia z zakładu pracy o wysokości wynagrodzenia -,*
- 3) zaświadczenie wydane przez naczelnika właściwego urzędu w sprawie dochodu z pozarolniczej działalności gospodarczej -,*
- 4) zaświadczenie właściwego organu gminy lub nakaz płatniczy o wielkości gospodarstwa rolnego wyrażonej w hektarach przeliczeniowych ogólnej powierzchni -,*
- 5) przekazy lub przelewy pieniężne dokumentujące wysokość alimentów, jeżeli członkowie rodziny są zobowiązani wyrokiem sądu lub ugodą sądową do ich płacenia na rzecz osoby spoza rodziny -,*
- 6) przekazy lub przelewy pieniężne dokumentujące faktyczną wysokość otrzymanych alimentów,*
- 7) inne dokumenty na podstawie, których ustalono średni miesięczny dochód na 1 osobę w rodzinie – należy podać jakie oraz ilość egzemplarzy:

-
-
-
-

Kopie dokumentów może uwierzytelnić podmiot realizujący świadczenia rodzinne, notariusz lub instytucja, która dokument wydała. Przy składaniu kserokopii dokumentu nie potwierdzonego przez żadną z wyżej wymienionych instytucji należy posiadać ze sobą oryginał. Osoba odpowiedzialna w szkole za przyjmowanie wniosku potwierdza kopię za zgodność z oryginałem.

*** - jeśli Tak, proszę wpisać ilość składanych egzemplarzy**

Świadomy/a odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym, co stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Uwaga:

Wniosek należy złożyć w sekretariacie Ośrodka w terminie do 15 sierpnia danego roku.

.....
Podpis Wnioskodawcy

* - niepotrzebne skreślić

.....
miejsowość i data

Wnioskodawca:

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

Oświadczenie w sprawie osiągniętych dochodów

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

- 1) przeciętny miesięczny dochód rodziny wynosi:
- 2) liczba członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:,
- 3) **miesięczny dochód na 1 członka rodziny wynosi:,**
- 4) zobowiązuję się do niezwłocznego informowania dyrektora Ośrodka o wystąpieniu okoliczności uzasadniających odstąpienie od zwolnienia z odpłatności za posiłki w internacie,
- 5) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z rozpatrywaniem wniosku o zwolnienie z odpłatności za posiłki w internacie,
- 6) Świadomy/a odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym oświadczeniu dane są zgodne ze stanem faktycznym, co stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
Podpis Wnioskodawcy

KLAUZULA INFORMACYJNA
O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH
w związku ze złożeniem wniosku o zwolnienie z odpłatności za posiłki

Szanowni Państwo,

na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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, zwanym dalej RODO, informuję:

1. Administratorem danych osobowych wizerunkowych uczniów i wychowanków jest Dyrektor Specjalnego Ośrodka Szkolno – Wychowawczego dla Dzieci Niewidomych im. Synów Pułku w Owińskach z siedzibą przy Pl. Przemysława 9, 62-005 Owińska. Z administratorem można skontaktować się pisemnie na adres: Pl. Przemysława 9, 62-005 Owińska, drogą mailową pod adresem: biuro@niewidomi.edu.pl lub telefonicznie pod numerem +48 61 8126 737.
2. Wyznaczono Inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować pisemnie na adres: Pl. Przemysława 9, 62-005 Owińska lub drogą mailową pod adresem: iod@niewidomi.edu.pl.
3. Administrator zbiera i przetwarza dane osobowe uczniów, wychowanków oraz ich rodziców / opiekunów prawnych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO w celu rozpatrzenia wniosku o zwolnienie z częściowej lub całkowitej odpłatności za posiłki w Specjalnym Ośrodku Szkolno – Wychowawczym dla Dzieci Niewidomych w Owińskach.
4. Państwa dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
5. Dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych przez Administratora.
6. Przysługuje Państwu prawo dostępu do danych osobowych oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, a także prawo do cofnięcia zgody.
7. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
8. Jeśli uznają Państwo, iż przetwarzanie przez Administratora Państwa danych osobowych narusza przepisy dot. ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, którym w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych jest warunkiem koniecznym, aby wniosek o częściowe lub całkowite zwolnienie z odpłatności został rozpatrzony.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie związanym z częściowym lub całkowitym zwolnieniem z odpłatności za posiłki w SOSW dla Dzieci Niewidomych w Owińskach

.....
(imię i nazwisko ucznia/wychowanka)

Data

Podpisy rodziców / opiekunów prawnych / osób sprawujących pieczę zastępczą

Zaświadczenie Urzędu Skarbowego

.....
pieczęć Urzędu Skarbowego

.....
(miejsowość, data)

III. Z A Ś W I A D C Z E N I E Nr:
O DOCHODACH DLA CELÓW SOCJALNYCH

Dane podatnika:

Nazwisko i imię	
NIP:	
Data urodzenia:	
Adres zamieszkania:	

Dane małżonka (Wypełnić w przypadku łącznego rozliczania się z osiągniętego dochodu małżonków!):

<i>Nazwisko i imię</i>	
NIP:	
Data urodzenia:	
Adres zamieszkania:	

Zaświadcza się, iż dochód (tj. przychód po potrąceniu kosztów uzyskania przychodu) w roku podatkowym *) wyniósł:złgr.

- należny podatek wyniósł:złgr.

- składki na ubezpieczenie zdrowotne odliczone od podatku wyniosły:złgr.

- składki na ubezpieczenie społeczne odliczone od dochodu wyniosły:zł.....gr.

.....
(podpis i pieczęć z podaniem imienia, nazwiska i stanowiska)

* Wpisać rok, z którego dochód stanowi podstawę ustalenia dochodu rodziny.

Zaświadczenie niniejsze na mocy art. 143 ustawy z dnia 29.08.1997 r.- Ordynacja podatkowa (Dz.U.2022.0.2651 t.j z późniejszymi zmianami) wydane zostało z upoważnienia Naczelnika Urzędu Skarbowego celem przedłożenia w Specjalnym Ośrodku Szkolno – Wychowawczym dla Dzieci Niewidomych w Owińskach.

Uwaga! Wszystkie dane wypełnia właściwy Urząd Skarbowy.

Zaświadczenie Urzędu Gminy / jednostki organizacyjnej Gminy

Z A Ś W I A D C Z E N I E Nr:..... O DOCHODACH NIEPODLEGAJĄCYCH OPODATKOWANIU DO CELÓW SOCJALNYCH

Zaświadcza się, że Pan (i)
zamieszkały (a)
uzyskał (a) następujące dochody w *) roku:

1. Dochód z pracy w gospodarstwie rolnym za *) rok o powierzchni ha
fizycznych oraz ha przeliczeniowych wyniósł:
słownie:

.....
(miejscowość i data)

.....
(Podpis i pieczętka)

2. Inne dochody nie podlegające opodatkowaniu na mocy ustawy za..... *).
np. takie jak:

a) renty socjalne, zasiłki stałe, zasiłki gwarantowane, inne – podać jakie:

.....
wyniosły : słownie:

.....

.....
(miejscowość i data)

.....

.....
(Podpis i pieczętka)

b) dodatki do rent i emerytur z wyjątkiem zasiłków pielęgnacyjnych i sierocych, świadczenia
alimentacyjne

oraz inne – podać jakie:

wyniosły : słownie:

.....

.....
(miejscowość i data)

.....

.....
(Podpis i pieczętka)

3. Zasiłki rodzinne w..... *) roku wypłacono na członków rodziny w kwocie:
..... słownie:

.....

.....
(miejscowość i data)

.....

.....
(Podpis i pieczętka)

4. Inne dane:

1) Alimenty świadczone na rzecz innych osób w roku *) wyniosłyzł.....gr.

2) Dochód utracony w roku *) wyniósłzł.....gr.

3) Opłata ponoszona za członków rodziny przebywającego w instytucji zapewniającej
całodobowe utrzymanie w roku *) wyniosła:zł.....gr.

.....

.....
(miejscowość i data)

.....

.....
(Podpis i pieczętka)

* Wpisać rok, z którego dochód stanowi podstawę ustalenia dochodu rodziny.

Uwaga!

Niniejsze zaświadczenie musi obejmować wszystkie dochody w zakresie nie podlegającym opodatkowaniu podatkiem dochodowym zgodnie art. 3 ust. 1 c) ustawy z dnia 28 listopada 2003 R. o świadczeniach rodzinnych (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 390, 658 z późniejszymi zmianami.)

**OŚWIADCZENIE O DOCHODZIE UZYSKIWANYM
Z POZAROLNICZEJ
DZIAŁALNOŚCI OSÓB ROZLICZAJĄCYCH SIĘ NA PODSTAWIE PRZEPISÓW O
ZRYCZAŁTOWANYM PODATKU DOCHODOWYM OD NIEKTÓRYCH PRZYCHODÓW
OSIĄGANÝCH PRZEZ OSOBY FIZYCZNE**

Nazwisko i imię

Oświadczam, że w roku kalendarzowym.....*) uzyskałam/em dochód z działalności opodatkowanej w formie:

(zakreślić odpowiedni kwadrat)

ryczałtu ewidencjonowanego

karty podatkowej

1. Dochód wyniósł..... zł.....gr.

2. Należne składki na ubezpieczenia społeczne wyniosły.....zł.....gr.

3. Należne składki na ubezpieczenie zdrowotne wyniosły.....zł.....gr.

4. Należny zryczałtowany podatek dochodowy wyniósł.....zł.....gr.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

*) Wpisać rok, z którego dochód stanowi podstawę ustalenia dochodu rodziny.

W przypadku osób rozliczających się w formie ryczałtu ewidencjonowanego osoba ubiegająca się o zwolnienie z odpłatności za posiłki należy ryczałt dokumentuje zaświadczeniem z urzędu skarbowego o wysokości należnego ryczałtu w poprzednim roku kalendarzowym.

W przypadku osób rozliczających się w formie karty podatkowej osoba ubiegająca się o zwolnienie z odpłatności za posiłki wysokość podatku dokumentuje decyzją lub decyzjami z urzędu skarbowego o wysokości karty podatkowej w poprzednim roku kalendarzowym. Wysokość karty podatkowej pomniejszona o wysokość składek na ubezpieczenie zdrowotne odliczanych od podatku stanowi podatek należny.