**Wniosek do Fundacji Świętego Mikołaja o udzielenie pomocy społecznej w obszarze finansowania usług medycznych z zakresu zdrowia psychicznego oraz konsultacji i terapii psychologicznych lub psychiatrycznych. 2025**

1. **DANE UCZNIA**

Imię i Nazwisko: …………………………………………………………………………………………………

Nazwa szkoły: ……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….

Uczeń jest w klasie: ……………………………………………………………………………………………….

PESEL: …………………………………………… Data urodzenia: .…………………………………………..

Adres zamieszkania: ………………...………………………………………..……………..…………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….

Gmina:………………………………………….. Powiat: ………………………….…………………………….

Województwo: ...........................................................................................................................................

**Dane kontaktowe** *(Uzupełnij wyłącznie jeżeli uczeń ubiegający się o pomoc jest osobą pełnoletnią)*

E-mail: .…………………………………… Tel. kom. ….…………………………………………..

1. **DANE RODZICA/ OPIEKUNA USTAWOWEGO, KTÓRY BĘDZIE PODPISYWAŁ UMOWĘ POMOCY**

*(Uzupełnij wyłącznie jeżeli uczeń ubiegający się o pomoc jest osobą niepełnoletnią, reprezentowaną przez rodzica lub opiekuna prawnego)*

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………………………

PESEL: …………………………………………… Adres zamieszkania: …………...………………………………………..……………..…………………………………………..……..……………………………………………………………………………………………………………………….

Adres email: ………………………………Tel. kom: …………………………………………..……………….

1. **DANE DO PRZELEWU**

Numer konta bankowego (na które ma wpływać świadczenie od Fundacji Świętego Mikołaja): ……………………………………………………………………………………………………………………....

Nazwa banku…………………. Właściciel konta………………………………………………………………..

1. **INFORMACJE O UCZNIU**
2. **Informacja o dochodzie**

Miesięczny dochód netto na jednego członka rodziny ucznia jest niższy lub równy 2000 zł (nie wliczając świadczenia 500 plus ani świadczeń z pomocy społecznej), a do wniosku dołączono oświadczenie o średnim miesięcznym dochodzie netto na członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy (Załącznik nr 2)

* Tak
* Nie

1. **Informacja o załączeniu rekomendacji**

Do wniosku dołączono rekomendację psychologa z poradni psychologiczno-pedagogicznej lub psychologa szkolnego lub pedagoga szkolnego (Załącznik nr 3)

* Tak
* Nie

1. **Opis sytuacji życiowej**

|  |
| --- |
|  |

1. **Plan działania w przypadku otrzymania świadczenia**

Jaki jest plan działania, które uczeń podejmie, dzięki otrzymanemu świadczeniu? Jaka konsultacja lub terapia zostanie podjęta? W jakiej formie i jakim zakresie? (grupowa/ indywidualna, na żywo/online)

|  |
| --- |
|  |

1. **Termin**

Na etapie wniosku można nie znać daty zakończenia terapii, o której finansowanie się wnioskuje. Jeżeli nie jesteście Państwo pewni daty zakończenia działania, prosimy o wpisanie tej informacji w tym miejscu.

* Rozpoczęcie: …………………………………………………………………………………………………………………………………
* Zakończenie: ………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Uwagi i dodatkowe informacje:**

|  |
| --- |
|  |

1. **BUDŻET**

*Jak uczeń zamierza wydać otrzymane świadczenie?*

*(Np. nazwa kosztu: sesja terapeutyczna, koszt jednostkowy: 150 zł, liczba jednostek: 10, koszt sumaryczny: 1500 zł).*

*Uwaga: Prosimy podawać koszt w wartości brutto (z vat).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa kosztu** *(np. sesja psychoterapii)* | **Rodzaj miary**  *(np. godzina)* | **Koszt jednostkowy**  *(np. cena jednej godziny terapii)* | **Liczba jednostek** *(np. planowana liczba godzin)* | **Koszt sumaryczny** *(pomnożony koszt jednostkowy razy liczba jednostek)* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **SUMA** | | | | |  |

1. **OŚWIADCZENIA**
2. Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem i zasadami Programu Pomocy Psychologicznej. Zobowiązuję się do ich przestrzegania. Podane we wniosku informacje są dokładne i prawdziwe.
3. Oświadczam, że w przypadku otrzymania świadczenia dedykowanego na konsultację i/lub terapię psychologiczną, środki zostaną przeznaczone zgodnie z celem zawartym w umowie o pomocy społecznej podpisanej z Fundacją Świętego Mikołaja, a niewykorzystane środki finansowe zostaną zwrócone na rachunek bankowy Fundacji. Równocześnie oświadczam, że w przypadku otrzymania świadczenia dedykowanego na konsultację i/lub terapię psychologiczną, zobowiązuje się do gromadzenia faktur lub rachunków za zrealizowaną terapię lub konsultacje i przedstawienie fundacji ich zestawienia po ich zrealizowaniu w ustalonym w umowie terminie.
4. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych:

Podanie danych osobowych w niniejszym wniosku jest dobrowolne, jednak niezbędne do tego, aby ubiegać się o świadczenie pomocy społecznej od Fundacji Świętego Mikołaja.

Złożenie wniosku stanowi jednoczesną zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w jej treści przez Administratora, w zakresie niezbędnym do oceny wniosku i przygotowania umowy pomocy społecznej. Wyrażenie przedmiotowej zgody jest konieczne i niezbędne dla przyjęcia wniosku do procedowania.

Administratorem danych w rozumieniu Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE jest Fundacja Świętego Mikołaja z siedzibą przy ul. Przesmyckiego 40, 05-500 Piaseczno. Dane osobowe zawarte we wniosku przetwarzane będą wyłącznie w celu wzięcia udziału w procesie kwalifikacyjnym dotyczącym otrzymania dotacji od Fundacji Świętego Mikołaja. Informujemy, że każda osoba ma prawo do: dostępu do swoich danych, żądania ich sprostowania lub usunięcia, do zgłoszenia żądania ograniczenia przetwarzania danych, a także do zgłoszenia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. Ponadto każda osoba ma prawo do żądania przeniesienia danych do innego administratora, jak i do złożenia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości związanych z przetwarzaniem danych osobowych.

**Data: Podpis:**