**ШКОЛА**

**НАВЧАЛЬНИЙ РІК**

**КОМІТЕТ СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ**

Шановні Батьки / Опікуни,

Просимо Вас заповнити форму нижче та НЕВІДКЛАНО передати даний документ Відповідальному/-ій Викладачеві/-ці групи.

Прізвище та Ім’я Учня/-ці:…………………………………………………… Група:…………

Прізвище та Ім’я Батька:………………………………… Телефон:…………………

Домашня Адреса:………………………………………………………… …………………

Професія Батька:.................................................................

Прізвище та Ім’я Матері:…………………………………… Телефон:……………..

Домашня Адреса:…………………………………………………………………………….

Професія Матері:………………………………………………………………………...

Сімейний статус: Одружений/-а / Неодружений/-а / Розлучений/-а

Кількість Дітей:………………………………

Підпис Батьків чи Опікунів: …………………………… Дата………………………

Цей документ буде використовуватися **у суворо конфіденційному порядку** Комітетом Соціального Забезпечення з метою визначення тих учнів нашої Школи, які відповідають критеріям підтримки. Мета Школи – надати матеріальну допомогу тим учням, які її потребують. Буде прийнято ті заяви, за якими є достовірне підтвердження, що сім’я зазнає **серйозних фінансових труднощів**.

Сім’ї, які відповідають хоча б одному з наведених нижче критеріїв, мають надати до **Школи відповідний документ, який підтверджує** заявлені фінансові труднощі. Такі документи мають бути **станом на нещодавню дату** (…………………. **хронологія**) та наступним надані Шкільному Консультанту до ………………………… (**дата**). За відсутності вищевказаних підтверджень учні не зможуть отримати жодну матеріальну допомогу.

**Учні, які підходять під критерії відбору:**

1. **Батьки чи самі учні є одержувачами Державної Соціальної Допомоги;**
2. **Отримувач/-і Гарантованого Мінімального Доходу;**
3. **Батьки мають статус безробітних або ж є малозабезпеченою або багатодітною сім’єю з серйозними фінансовими труднощами;**
4. **Учні є сиротами, які зазнають фінансових труднощів**

**ВІД ІМЕНІ ДИРЕКЦІЇ Дата**