

| WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM SOCJALNEGO W ROKU AKADEMICKIM 20..../20....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                                                  |                       |                                                    |                                 |                                          |                                        |                                                                         |                                 |                                                                                       |  |                                                    |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |                                                  |                       |                                                    |                                 |                                          |                                        |                                                                         |                                 | Rektor WSZUiE                                                                         |  |                                                    |  |  |  |  |  |
| <div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                                                  |                       | <div></div>                                        |                                 |                                          |                                        | <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> |                                 |                                                                                       |  | <div></div> <div>I</div> <div></div> <div>II</div> |  |  |  |  |  |
| ↑ Imię i nazwisko                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |                                                  |                       | ↑ Kierunek studiów                                 |                                 |                                          |                                        | ↑ Numer Albumu                                                          |                                 |                                                                                       |  | ↑ Poziom studiów (I, II)                           |  |  |  |  |  |
| <div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                                                  |                       | <div></div> Stacjonarne <div></div> Niestacjonarne |                                 |                                          |                                        | <div></div>                                                             |                                 |                                                                                       |  | <div></div>                                        |  |  |  |  |  |
| ↑ Rok studiów (na którym stypendium ma być przyznane)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                 |                                                  |                       | ↑ Forma studiów                                    |                                 |                                          |                                        | ↑ Telefon kontaktowy                                                    |                                 |                                                                                       |  | ↑ Adres e-mail                                     |  |  |  |  |  |
| <div>ul..... - .....</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |                                                  |                       |                                                    |                                 |                                          |                                        |                                                                         |                                 | <div>ul..... - .....</div>                                                            |  |                                                    |  |  |  |  |  |
| ↑ Adres stałego zamieszkania (+ gmina w przypadku ubiegania się o zwiększenie stypendium socjalnego)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |                                                  |                       |                                                    |                                 |                                          |                                        |                                                                         |                                 | ↑ Adres do korespondencji (wypełnić, gdy jest inny niż zamieszkania)                  |  |                                                    |  |  |  |  |  |
| ↓ Proszę o przyznanie następujących świadczeń (proszę zaznaczyć właściwe):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |                                                  |                       |                                                    |                                 |                                          |                                        |                                                                         |                                 |                                                                                       |  |                                                    |  |  |  |  |  |
| <div><input type="checkbox"/> stypendium socjalnego</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |                                                  |                       |                                                    |                                 |                                          |                                        |                                                                         |                                 |                                                                                       |  |                                                    |  |  |  |  |  |
| <div><input type="checkbox"/> zwiększenia stypendium socjalnego w związku wystąpieniem następującej okoliczności (proszę podkreślić właściwe):</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |                                                  |                       |                                                    |                                 |                                          |                                        |                                                                         |                                 |                                                                                       |  |                                                    |  |  |  |  |  |
| <div><div>1.</div> korzystanie przez wnioskodawcę lub pozostawanie wnioskodawcy na utrzymaniu rodziny korzystającej ze wsparcia ośrodka pomocy społecznej w formie zasiłków stałych lub zasiłków okresowych;</div> <div><div>2.</div> sieroctwo wnioskodawcy, który nie ukończył 25. roku życia,</div> <div><div>3.</div> udokumentowania długotrwałej choroby wnioskodawcy.</div> <div><div>4.</div> inne.....</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                 |                                                  |                       |                                                    |                                 |                                          |                                        |                                                                         |                                 |                                                                                       |  |                                                    |  |  |  |  |  |
| ↓ Proszę o dokonywanie przelewu kwoty przyznanego stypendium na następujący rachunek bankowy (jeśli nie uległ zmianie proszę wpisać: bez zmian):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                 |                                                  |                       |                                                    |                                 |                                          |                                        |                                                                         |                                 |                                                                                       |  |                                                    |  |  |  |  |  |
| Numer konta:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |                                                  |                       |                                                    |                                 |                                          |                                        |                                                                         |                                 |                                                                                       |  |                                                    |  |  |  |  |  |
| ↓ Oświadczam, że aktualnie rodzina moja składa się z niżej wymienionych osób, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |                                                  |                       |                                                    |                                 |                                          |                                        |                                                                         |                                 | Uzyskanie / utrata dochodu (jeśli nie nastąpiło uzyskanie/utrata proszę wstawić zero) |  |                                                    |  |  |  |  |  |
| Lp                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Imię i nazwisko | Rok urodzenia<br>(nie dotyczy rodziców studenta) | Stopień pokrewieństwa | Miejsce pracy lub nauki / inne źródła utrzymania   | Dochód utracony (netto/brutto*) | Dochód uzyskany w roku bazowym           |                                        |                                                                         | Dochód uzyskany po roku bazowym |                                                                                       |  |                                                    |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |                                                  |                       |                                                    |                                 | kwota dochodu<br>uzyskana w roku bazowym | liczba miesięcy<br>uzyskiwania dochodu | miesięczny dochód<br>uzyskany                                           |                                 |                                                                                       |  |                                                    |  |  |  |  |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |                                                  | wnioskodawca          |                                                    |                                 |                                          |                                        |                                                                         |                                 |                                                                                       |  |                                                    |  |  |  |  |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |                                                  |                       |                                                    |                                 |                                          |                                        |                                                                         |                                 |                                                                                       |  |                                                    |  |  |  |  |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |                                                  |                       |                                                    |                                 |                                          |                                        |                                                                         |                                 |                                                                                       |  |                                                    |  |  |  |  |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |                                                  |                       |                                                    |                                 |                                          |                                        |                                                                         |                                 |                                                                                       |  |                                                    |  |  |  |  |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |                                                  |                       |                                                    |                                 |                                          |                                        |                                                                         |                                 |                                                                                       |  |                                                    |  |  |  |  |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |                                                  |                       |                                                    |                                 |                                          |                                        |                                                                         |                                 |                                                                                       |  |                                                    |  |  |  |  |  |
| <div>1. Oświadczam, że w roku kalendarzowym (.....r.) poprzedzającym rok akademicki, w którym ubiegam się o stypendium socjalne lub po tym roku <b>nastąpiła/nie nastąpiła*</b>) utrata dochodu w dochodzie moim i/lub członka/ów mojej rodziny co dokumentuję następującym/i dokumentem/ami (określającym/i datę utraty dochodu, rodzaj oraz miesięczną wysokość utraconego dochodu, np. PIT-11, świadectwo pracy, itp).....</div> <div>2. Oświadczam, że w roku kalendarzowym (..... r.) poprzedzającym rok akademicki, w którym ubiegam się o stypendium socjalne lub po tym roku <b>nastąpiło/nie nastąpiło*</b>) uzyskanie dochodu w dochodzie moim i/lub członka/ów mojej rodziny co dokumentuję następującym/i dokumentem/ami (określającym datę, miesięczną wysokość i rodzaj uzyskanego dochodu, np. zaświadczenie od pracodawcy)</div> <div style="text-align: center;">Dnia ..... Czytelny podpis studenta: .....</div> |                 |                                                  |                       |                                                    |                                 |                                          |                                        |                                                                         |                                 |                                                                                       |  |                                                    |  |  |  |  |  |
| Oświadczam, że nie prowadzę wspólnego gospodarstwa domowego z żadnym z rodziców (wypełniają studenci, którzy ubiegają się o stypendium socjalne bez wykazywania dochodów rodziców)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                                                  |                       |                                                    |                                 |                                          |                                        |                                                                         |                                 |                                                                                       |  |                                                    |  |  |  |  |  |
| Czytelny podpis studenta: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |                                                  |                       |                                                    |                                 |                                          |                                        |                                                                         |                                 |                                                                                       |  |                                                    |  |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>↓Wypełnia pracownik Uczelni:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Miesięczny dochód netto przypadający na jednego członka rodziny studenta według załączonych zaświadczeń wynosi (zaokrągla się do pełnego złotego w ten sposób, że końcówki kwot wynoszące mniej niż 50 groszy pomija się, a końcówki kwot wynoszące 50 i więcej groszy podwyższa się do pełnych złotych, zaokrąglenia nie stosuje się przy maksymalnym progu dochodu ustalonym w myśl §4 ust. 3 Regulaminu)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> zł                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Data złożenia podania w dziekanacie: .....<br>* - <b>niewłaściwe skreślić</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Pieczeń i podpis pracownika                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>↓ OŚWIADCZENIE STUDENTA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 286 §1 Kodeksu Karnego - „Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” - oraz o odpowiedzialności dyscyplinarnej z art. 307 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r., poz. 1668, z późn. zm.), oświadczam, że: dokumenty dołączone do niniejszego wniosku stanowią komplet dokumentacji poświadczającej dochody moje i mojej rodziny w roku ....., a dane w nich zawarte są zgodne ze stanem faktycznym; we wniosku podałem/am stan mojej rodziny aktualny w dniu składania wniosku oraz, że zapoznałem/am się:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 1. z treścią art. 93 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. poz. 1668 z późn. zm) i oświadczam, że:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| - nie posiadam tytułu zawodowego magistra, magistra inżyniera lub równorzędnego                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| - nie posiadam tytułu zawodowego licencjata, inżyniera lub równorzędnego (dotyczy studentów studiów pierwszego stopnia)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| - dotychczas odbywałem studia przez okres ..... lat (liczy się każdy rozpoczęty semestr, w którym student odbywał studia, wlicza się w to również te semestry studiów, których student nie ukończył, ponieważ został skreślony z listy studentów)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 2. z treścią art. 88 ust.4 w/w ustawy stanowiącej, że jeśli dochód w mojej rodzinie nie przekracza 823 zł na osobę to do wniosku należy dołączyć zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej o sytuacji dochodowej i majątkowej studenta i jego rodziny pod rygorem odmowy przyznania stypendium. W przypadku, gdy takie zaświadczenie nie zostanie dołączone stypendium może być przyznane, jeśli wnioskodawca uzasadni powód niedołączenia zaświadczenia oraz udokumentuje źródła utrzymania rodzin.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 3. z treścią Regulaminu świadczeń dla studentów WSZUiE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Poznań, dnia.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Czytelny podpis studenta: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Utrata dochodu</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Uzyskanie dochodu</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| W przypadku utraty dochodu przez studenta lub członka rodziny studenta w roku kalendarzowym poprzedzającym rok akademicki w którym student ubiega się o stypendium socjalne lub po tym roku, ustalając dochód studenta lub członka jego rodziny, nie uwzględnia się dochodu utraconego.<br>Utrata dochodu oznacza utratę dochodu spowodowaną: <ul style="list-style-type: none"><li>– uzyskaniem prawa do urlopu wychowawczego,</li><li>– utratą zasiłku lub stypendium dla bezrobotnych,</li><li>– utratą zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,</li><li>– utratą zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, a także emerytury lub renty, renty rodzinnej lub renty socjalnej lub rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego, o którym mowa w ustawie z dnia 31 stycznia 2019 r. o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym (Dz. U. poz. 303),,</li><li>– wykreśleniem z rejestru pozarolniczej działalności gospodarczej lub zawieszeniem jej wykonywania w rozumieniu art. 16b ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2017 r. poz. 2336 oraz z 2018 r. poz. 650 i 858) lub art. 36aa ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.),</li><li>– utratą zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku macierzyńskiego, przysługujących po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,</li><li>– utratą zasądzonych świadczeń alimentacyjnych w związku ze śmiercią osoby zobowiązanej do tych świadczeń lub utratą świadczeń pieniężnych wypłacanych w przypadku bezskuteczności egzekucji alimentów w związku ze śmiercią osoby zobowiązanej do świadczeń alimentacyjnych,</li><li>– utratą świadczenia rodzicielskiego,</li><li>– utratą zasiłku macierzyńskiego, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników,</li><li>– utratą stypendium doktoranckiego określonego w art. 200 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym lub art. 209 ust. 1 i 7 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. poz. 1668 z późn. zm.)</li></ul> | 1) W przypadku uzyskania dochodu przez studenta lub członka rodziny studenta w roku kalendarzowym poprzedzającym rok akademicki, w którym student ubiega się o stypendium socjalne ustalając dochód studenta lub członka jego rodziny, osiągnięty w tym roku dochód dzieli się przez liczbę miesięcy, w których dochód ten był uzyskiwany, jeżeli dochód ten jest uzyskiwany w okresie, na który jest ustalane prawo do świadczeń stypendialnych. Do oświadczenia student zobowiązany jest dołączyć dokument określający wysokość dochodu uzyskanego przez studenta lub członka rodziny studenta oraz liczbę miesięcy, w których dochód był uzyskiwany.<br>2) W przypadku uzyskania dochodu przez studenta lub członka rodziny studenta, po roku kalendarzowym poprzedzającym rok akademicki, w którym student ubiega się o stypendium socjalne dochód rodziny studenta ustala się na podstawie dochodu studenta lub członka jego rodziny, powiększonego o kwotę osiągniętego dochodu za miesiąc następujący po miesiącu, w którym nastąpiło uzyskanie dochodu, jeżeli dochód ten jest uzyskiwany w okresie, na który jest ustalane prawo do świadczeń stypendialnych. Do oświadczenia student zobowiązany jest dołączyć dokument określający wysokość dochodu uzyskanego przez studenta lub członka rodziny studenta za miesiąc następujący po miesiącu, w którym nastąpiło uzyskanie dochodu.<br>Uzyskanie dochodu oznacza uzyskanie dochodu spowodowane: <ul style="list-style-type: none"><li>– zakończeniem urlopu wychowawczego,</li><li>– uzyskaniem zasiłku lub stypendium dla bezrobotnych,</li><li>– uzyskaniem zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,</li><li>– uzyskaniem zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, a także emerytury lub renty, renty socjalnej lub rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego, o którym mowa w ustawie z dnia 31 stycznia 2019 r. o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym,</li><li>– rozpoczęciem pozarolniczej działalności gospodarczej lub wznowieniem jej wykonywania po okresie zawieszenia w rozumieniu art. 16b ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników lub art. 36aa ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych,</li><li>– uzyskaniem zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku macierzyńskiego, przysługujących po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,</li><li>– uzyskaniem świadczenia rodzicielskiego,</li><li>– uzyskaniem zasiłku macierzyńskiego, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników,</li><li>– uzyskaniem stypendium doktoranckiego określonego w art. 200 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym lub art. 209 ust. 1 i 7 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. poz. 1668 z późn. zm.).</li></ul> |
| Przepisów o utracie i uzyskaniu dochodu nie stosuje się do dochodu z tytułu zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej i dochodu z tytułu wyrejestrowania lub rozpoczęcia pozarolniczej działalności gospodarczej, jeżeli członek rodziny, osoba ucząca się lub dziecko pozostające pod opieką opiekuna prawnego utracili dochód z tych tytułów i w okresie 3 miesięcy, licząc od dnia utraty dochodu, uzyskali dochód u tego samego pracodawcy lub zleceniodawcy, lub zamawiającego dzieło lub ponownie rozpoczęli pozarolniczą działalność gospodarczą.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**  
na potrzeby przyznania świadczeń

Zgodnie z art. 13 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 (...) („**Rozporządzenie Ogólne**”) Wyższa Szkoła Zdrowia Urody i Edukacji w Poznaniu informuje, że:

- I. **Administratorem** Pani/Pana danych osobowych jest Wyższa Szkoła Zdrowia Urody i Edukacji w Poznaniu, ul. Brzeźnicka 3, 60-133 Poznań
- II. W Wyższej Szkole Zdrowia Urody i Edukacji w Poznaniu został powołany **Inspektor Ochrony Danych**, adres e-mail: iod@wszuie.pl
- III. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przyznania, wypłaty oraz rozliczenia świadczeń stypendialnych o których mowa w art. 86 ustawy z dnia 20 lipca 2019 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce a następnie w celach archiwalnych.
- IV. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych jest Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego (system POL-on).
- V. Dostęp do Pani/Pana danych posiadają upoważnieni przez administratora pracownicy i współpracownicy, którzy muszą mieć dostęp do danych, aby wykonywać swoje obowiązki.
- VI. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.
- VII. Posiada Pani/Pan prawo do: dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania i ograniczenia przetwarzania.
- VIII. Prawo do przenoszenia Pani/Pana danych realizowane jest tylko przeniesienia z uczelni macierzystej na inną uczelnię.
- IX. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia Ogólnego.

Potwierdzam, że zapoznałem(am) się z powyższymi informacjami i przyjmuję je do wiadomości.

**Niniejszym oświadczam, iż wypełniłam/em obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 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 wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałam/em i zawarłam/em w oświadczeniu o dochodach do celu ubiegania się o świadczenia**

Poznań, .....

data, czytelny podpis