

CZEŚĆ BIAŁĄ WYPEŁNIA STUDENT / DOKTORANT

CZEŚĆ SZARĄ WYPEŁNIA PRACOWNIK DZIAŁU SPRAW
SOCJALNYCH STUDENTÓW (DSSS)

Załącznik nr 1
do Regulaminu przyznawania pomocy materialnej
dla studentów i doktorantów UM w Lublinie
w roku akademickim 2017/2018

* *niepotrzebne skreślić*

właściwe pole zaznaczyć stawiając znak X

Wniosek

do Wydziałowej Komisji Stypendialnej / Komisji Stypendialnej*
o przyznanie pomocy materialnej
w semestrze zimowym / semestrze letnim*
w roku akademickim 2017/2018

Potwierdzenie przyjęcia dokumentów przez DSSS

Nazwisko studenta / doktoranta*:		Imiona studenta / doktoranta*:	
Imiona rodziców:		Nr albumu:	
Wydział:			
<input type="checkbox"/> I Wydział Lekarski z Oddz. Stomatologicznym		<input type="checkbox"/> Wydział Nauk o Zdrowiu	
<input type="checkbox"/> II Wydział Lekarski z Oddz. Anglojęzycznym		<input type="checkbox"/> Wydział Farmaceutyczny z Oddz. Analityki Medycznej	
Kierunek studiów:		Rok studiów:	
Forma studiów:		Rodzaj studiów:	
<input type="checkbox"/> stacjonarne		<input type="checkbox"/> I stopnia	
<input type="checkbox"/> niestacjonarne		<input type="checkbox"/> II stopnia	
<input type="checkbox"/> jednolite magisterskie		<input type="checkbox"/> doktoranckie	
Adres stałego zamieszkania:		Tel. kontaktowy:	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
kod pocztowy miejscowość ulica, numer domu/mieszkania, województwo		.....
Adres do korespondencji:		Adres e-mail:	
(wypełnić, jeżeli jest różny od adresu stałego zamieszkania)		.....
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
kod pocztowy miejscowość ulica, numer domu/mieszkania, województwo		.....

Wnoszę o przyznanie pomocy materialnej w formie:

stypendium socjalnego

stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości w związku z tym, że codzienny dojazd z miejsca stałego zamieszkania do uczelni uniemożliwia* / w znacznym stopniu utrudnia* studiowanie (zgodnie z art. 182 ustawy *Prawo o szkolnictwie wyższym*), z tytułu zamieszkania

w domu studenckim w innym obiekcie zamieszkania z niepracującym małżonkiem
lub dzieckiem (imię)

stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych -
(termin ważności orzeczenia o niepełnosprawności)

stopień niepełnosprawności: znaczny umiarkowany lekki; rodzaj orzeczenia: prawomocne
 nieprawomocne

Proszę o przekazywanie przyznanych świadczeń pieniężnych na moje konto bankowe:

Nazwa i adres banku	
Nr rachunku wnioskodawcy	

Potwierdzenie wydania / wysłania wezwania do uzupełnienia dokumentacji	data
	podpis pracownika DSSS

I. Skład rodziny studenta / doktoranta* pozostającej we wspólnym gospodarstwie domowym:

Lp.	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Aktualne miejsce zatrudnienia – nauki (nazwa, adres zakładu pracy, stanowisko lub inne źródła dochodu, rodzaj działalności gospodarczej)
1.			Wnioskodawca	Student / doktorant * UM w Lublinie
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

II. W załączeniu przedkładam następujące dokumenty, potwierdzające dane zawarte w pkt I:

1. 7.
2. 8.
3. 9.
4. 10.
5. 11.
6. 12.

III. Uwagi / wyliczenia DSSS:

IV. Dochody rodziny studenta / doktoranta:

Lp.	Stopień pokrewieństwa – rodzaj dochodu	Dochód roczny w zł (netto)	Dochód miesięczny w zł (netto)	
			
1.	Ojciec -			
2.	Matka -			
3.				
4.				
5.				
6.				
7.	Odliczenia od dochodu			
8.	Ogółem roczny dochód rodziny			
9.	Ogółem dochód miesięczny || liczba osób w gospodarstwie domowym			
10.	Dochód miesięczny na osobę			
11.	Data i podpis pracownika DSSS			

V. Dochód rodziny studenta / doktoranta po utracie / uzyskaniu dochodu lub zmianie liczby członków rodziny:

Lp.	Stopień pokrewieństwa – rodzaj dochodu	Dochód miesięczny w zł (netto)		Dochód miesięczny w zł (netto)	
		zmiana od w poz.		zmiana od w poz.	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.	Odliczenia od dochodu				
8.	Ogółem roczny dochód rodziny				
9.	Ogółem dochód miesięczny || liczba osób w gospodarstwie domowym				
10.	Dochód miesięczny na osobę				
11.	Data i podpis pracownika DSSS				

VI. Oświadczenia:

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji zgodnie z art. 233 § 1 k.k. („kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”), odpowiedzialności na podstawie art. 286 § 1 k.k. („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 odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej oświadczam, że:

- podane przeze mnie dane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym,
- przedłożone przeze mnie zaświadczenia (oświadczenia) dokumentują wszystkie dochody członków mojej rodziny, które zobowiązany/a byłem/am wykazać we wniosku,
- zapoznałem/am się z zasadami przyznawania pomocy materialnej określonymi w *Regulaminie przyznawania pomocy materialnej dla studentów i doktorantów UM w Lublinie*, w tym okolicznościami, które wykluczają uprawnienia do tej pomocy,
- zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 922, ze zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Uniwersytet Medyczny w Lublinie z siedzibą przy Al. Raclawickich 1, 20-059 Lublin moich danych osobowych zawartych we wniosku i załącznikach do niego zgromadzonych. Posiadam wiedzę, że podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celu przetwarzania danych. Świadomy/a jestem, że przysługuje mi prawo dostępu do treści danych dotyczących mnie oraz ich aktualizacji, poprawiania i modyfikacji oraz skorzystania z innych uprawnień wynikających z ww. ustawy, a także, że dane nie będą przedmiotem sprzedaży ani udostępniania podmiotom zewnętrznym, za wyjątkiem podmiotów i okoliczności ich ujawnienia przewidzianych przepisami prawa.

Ponadto wyrażam zgodę na:

- zmianę decyzji w przypadku utraty lub uzyskania dochodu oraz zmiany liczby członków rodziny,
- zmianę decyzji w przypadku utraty lub uzyskania uprawnień do stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości z tytułu zamieszkania w domu studenckim lub w obiekcie innym niż dom studencki,
- publikację moich danych osobowych w zakresie numeru albumu na listach informujących o postępowaniu stypendialnym oraz o wynikach prac komisji stypendialnych.**

** w przypadku braku zgody skreślić

Jednocześnie oświadczam, że:			
- dodatkowo studiuję:	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie	..... (podać nazwę uczelni oraz rok, kierunek)	
- ukończyłem/am studia:	I stopnia	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie	..... (podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, datę ukończenia)
	II stopnia	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie	..... (podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, datę ukończenia)
	jednolite magisterskie	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie	..... (podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, datę ukończenia)
	doktoranckie	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie	..... (podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, datę ukończenia)
- po ukończeniu studiów I stopnia, studiowałem/am, ale nie ukończyłem/am studiów	II stopnia	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie	..... (podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, okres pobierania pomocy materialnej potwierdzony zaświadczeniem z innej Uczelni)
	jednolite magisterskie	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie	..... (podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, okres pobierania pomocy materialnej potwierdzony zaświadczeniem z innej Uczelni)

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis studenta / doktoranta*

Ja niżej podpisany/a, świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań z art. 233 § 1 Kodeksu karnego, który przewiduje karę pozbawienia wolności do lat 3, niniejszym oświadczam, że:

pobieram nie pobieram

świadczania pomocy materialnej na innej uczelni lub innym kierunku studiów, a w przypadku uzyskania świadczenia na innej uczelni lub innym kierunku studiów zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania DSSS o tym fakcie.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis studenta / doktoranta*