

WNIOSEK
do Wydziałowej Komisji Stypendialnej / Komisji Stypendialnej*
o ponowne przeliczenie dochodu w roku akademickim 2017/2018

Potwierdzenie przyjęcia dokumentów przez DSSS

Nazwisko studenta / doktoranta*:	Imiona studenta / doktoranta*:	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: <input type="checkbox"/> stacjonarne <input type="checkbox"/> niestacjonarne	Rodzaj studiów: <input type="checkbox"/> I stopnia <input type="checkbox"/> II stopnia <input type="checkbox"/> jednolite magisterskie <input type="checkbox"/> doktoranckie	
* <i>niepotrzebne skreślić</i>		<input type="checkbox"/> <i>właściwe pole zaznaczyć stawiając znak X</i>

Wnoszę o ponowne ustalenie uprawnień do pomocy materialnej w formie:

- stypendium socjalnego** **stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości**

w związku:

1. z utratą dochodu ¹ od przez
(podać imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa)
2. z uzyskaniem dochodu ² od przez
(podać imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa)
3. ze zmianą składu rodziny od z powodu ³
(podać imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa)

co dokumentuję następującymi załącznikami:

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

Z powodu oczekiwania na zaświadczenie dotyczące uzyskania dochodu netto za miesiąc, wnioskuję o wstrzymanie wypłaty

- tak* *nie dotyczy*

Jednocześnie zobowiązuję się dostarczyć zaświadczenie o dochodzie netto za miesiąc w terminie do

- Ad.1 Należy dołączyć dokumenty określające datę utraty dochodu oraz miesięczną wysokość utraconego dochodu
Ad.2 Należy dostarczyć dokument określający wysokość dochodu uzyskanego przez członka rodziny w poszczególnych miesiącach, za które dochód był osiągnięty
Ad.3 Należy podać przyczynę powodującą zmianę składu rodziny (m.in. zgon, urodzenie, ukończenie 26 roku życia, inne)

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

^{1 i 2 i 3} Zgodnie z ustawą z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych art. 3 pkt 23, 24 i art. 25 ust. 1 (Dz. U. z 2016 r., poz. 1518, ze zm.)

Hełkoć w ustawie jest mowa o:

23) utracie dochodu – oznacza to utratę dochodu spowodowaną:

- ✓ uzyskaniem prawa do urlopu wychowawczego,
- ✓ utratą prawa do zasiłku lub stypendium dla bezrobotnych,
- ✓ utratą zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- ✓ utratą zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, a także emerytury lub renty, renty rodzinnej lub renty socjalnej,
- ✓ wyrejestrowaniem pozarolniczej działalności gospodarczej lub zawieszeniem jej wykonywania w rozumieniu art. 14a ust. 1d ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1829, ze zm.),
- ✓ utratą zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku macierzyńskiego, przysługujących po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- ✓ 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,
- ✓ utratą świadczenia rodzicielskiego,
- ✓ utratą zasiłku macierzyńskiego, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników,
- ✓ utratą stypendium doktoranckiego określonego w art. 200 ust. 1 ustawy *Prawo szkolnictwie wyższym*.

24) uzyskaniu dochodu – oznacza to uzyskanie dochodu spowodowane:

- ✓ zakończeniem urlopu wychowawczego,
- ✓ uzyskaniem prawa do zasiłku lub stypendium dla bezrobotnych,
- ✓ uzyskaniem zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- ✓ uzyskaniem zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, a także emerytury lub renty, renty rodzinnej lub renty socjalnej,
- ✓ rozpoczęciem pozarolniczej działalności gospodarczej lub wznowieniem jej wykonywania po okresie zawieszenia w rozumieniu art. 14a ust. 1d ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej,
- ✓ uzyskaniem zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku macierzyńskiego, przysługujących po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- ✓ uzyskaniem świadczenia rodzicielskiego,
- ✓ uzyskaniem zasiłku macierzyńskiego, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników,
- ✓ uzyskaniem stypendium doktoranckiego określonego w art. 200 ust. 1 ustawy *Prawo szkolnictwie wyższym*.

art. 25 wystąpienie zmian w liczbie członków rodziny

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji - 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. Raławickich 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, 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,
- 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

miejsowość, data

czytelny podpis studenta / doktoranta *

Zobowiązuję się do zwrotu nienależnie pobranego stypendium w kwocie w terminie do

miejsowość, data

czytelny podpis studenta / doktoranta *