

\* niepotrzebne skreślić  właściwe pole zaznaczyć stawiając znak X

**Wniosek**  
**do Wydziałowej Komisji Stypendialnej / Komisji Stypendialnej\***  
**o przyznanie świadczeń**  
**w semestrze zimowym / semestrze letnim\***  
**w roku akademickim 2022/2023**

Potwierdzenie przyjęcia dokumentów przez DSSS

Nazwisko studenta / doktoranta*:		Imiona studenta / doktoranta*:	
Imiona rodziców:		Kraj pochodzenia (dotyczy cudzoziemców):	Nr albumu:
Wydział: <input type="checkbox"/> Wydział Lekarsko-Dentystyczny <input type="checkbox"/> Wydział Nauk Medycznych <input type="checkbox"/> Wydział Nauk o Zdrowiu <input type="checkbox"/> Wydział Lekarski <input type="checkbox"/> Wydział Biomedyczny <input type="checkbox"/> Wydział Farmaceutyczny			
Kierunek studiów:			Rok studiów w 2022/2023:
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	
Adres 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			Tel. kontaktowy: ..... .....
Adres do korespondencji: (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			Adres e-mail: ..... .....

**Wnoszę o przyznanie:** **stypendium socjalnego** **stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości** ze względu na szczególnie uzasadniony przypadek:ponoszenia kosztów zamieszkania:  w domu studenckim UM  w domu studenckim innej uczelni  na stacji braku dochodów i osób zobowiązanych do alimentacji oraz braku renty rodzinnej po rodzicach sytuacji materialnej wychowanków domu dziecka lub osób, które osiągnęły pełnoletność, przebywając w pieczy zastępczej **stypendium 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:

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	Miejsce zatrudnienia - nauki (nazwa, adres zakładu pracy, stanowisko lub inne źródła dochodu, rodzaj działalności gospodarczej, miejsce nauki rodzeństwa)	
				w 2021 r.	w przypadku zmiany – aktualne dane na dzień składania wniosku
1.			Wnioskodawca		
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.	<b>Odliczenia od dochodu</b>		
8.	<b>Ogółem roczny dochód rodziny</b>		
9.	<b>Ogółem dochód miesięczny    liczba osób w gospodarstwie domowym</b>		
10.	<b>Dochód miesięczny na osobę</b>		
11.	<b>Data i podpis pracownika DSSS</b>		

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

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

## 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 od 6 miesięcy do lat 8”), 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 świadczeń określonymi w *Regulaminie świadczeń UM w Lublinie, w tym okolicznościami, które wykluczają uprawnienia do tej pomocy,*

– zgodnie z przepisami prawa powszechnego, w szczególności 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 (tzw. Rozporządzenie Ogólne o Ochronie Danych/RODO) przekazuję swoje dane osobowe w celu i zakresie niezbędnym do przyznania świadczeń przez Uniwersytet Medyczny w Lublinie z siedzibą przy Al. Raławickich 1, 20-059 Lublin, o które się ubiegam. Moje dane będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa. Posiadam wiedzę, iż podanie danych osobowych jest dobrowolne aczkolwiek konieczne w celu wnioskowania o przyznanie świadczenia, mam prawo żądania dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz przenoszenia danych, a – w przypadkach przewidzianych prawem - usunięcia danych i sprzeciwu wobec ich przetwarzania, przy czym moje żądanie będzie skuteczne od dnia jego złożenia i nie będzie miało wpływu na legalność przetwarzania danych do dnia żądania usunięcia/sprzeciwu, mam również prawo złożyć skargę do organu nadzorczego. Dane nie będą przedmiotem sprzedaży i udostępniania podmiotom zewnętrznym, za wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa. Dane będą dostępne jedynie w stosunku do osób upoważnionych zobowiązanym do ich ochrony i zabezpieczenia oraz podmiotów, z którymi Uniwersytet zawarł stosowną umowę, np. w związku ze świadczeniem usług w zakresie IT, czy ochrony obiektów. Dane nie będą wykorzystywane w żadnym innym celu poza wskazanymi powyżej, nie będą w oparciu o nie podejmowane jakiegokolwiek decyzje w sposób zautomatyzowany. Dane będą przetwarzane w celu i okresie archiwizacji dokumentacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i procedurami obowiązującymi w Uniwersytecie, a także w celu, zakresie i okresach niezbędnych do dochodzenia ewentualnych roszczeń.

Administrator danych osobowych powołał Inspektora Ochrony Danych nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którym można skontaktować się pod adresem: [iod@umlub.pl](mailto:iod@umlub.pl)

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.

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*\* na publikację moich danych osobowych w zakresie numeru albumu na listach informujących o postępowaniu stypendialnym oraz o wynikach prac komisji stypendialnych.**

\*\* niewłaściwe skreślić

**Jednocześnie oświadczam, że: (obowiązkowo wypełnić wszystkie wiersze)**

Studia na kierunku ....., na którym składam niniejszy wniosek rozpocząłem(-ęłam) od ..... (podać datę) i w tym okresie byłem(-am) reaktywowany(-a) \* / urlopowany(-a) \*:

tak

nie

(podać datę reaktywacji / okres urlopu)

- dodatkowo studiuję:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> I stopnia	<input type="checkbox"/> II stopnia	<input type="checkbox"/> jednolite magisterskie	<input type="checkbox"/> doktoranckie
	<input type="checkbox"/> nie	..... (podać nazwę uczelni oraz rok, kierunek, datę rozpoczęcia)			
- ukończyłem(-am) studia:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> I stopnia	<input type="checkbox"/> II stopnia	<input type="checkbox"/> jednolite magisterskie	<input type="checkbox"/> doktoranckie
	<input type="checkbox"/> nie	..... (podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, datę ukończenia) i posiadam tytuł: .....			
- studiowałem(-am), ale nie ukończyłem(am) studiów:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> I stopnia	<input type="checkbox"/> II stopnia	<input type="checkbox"/> jednolite magisterskie	<input type="checkbox"/> doktoranckie
	<input type="checkbox"/> nie	..... (podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, datę rozpoczęcia, datę skreślenia)			

**Ja niżej podpisany(-a), świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań z art. 233 § 1 Kodeksu karnego, który przewiduje karę pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, niniejszym oświadczam, że:**

pobieram

nie pobieram

**świadczenia 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\*