

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 kamej 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 pomocy materialnej określonymi w *Regulaminie przyznawania pomocy materialnej dla studentów i doktorantów UM w Lublinie*, w tym okolicznościami, które wykluczają uprawnienia do tej pomocy,

– świadomie i dobrowolnie przekazuję dane osobowe zawarte we wniosku i załącznikach do niego w celu realizacji procesu przyznania i obsługi świadczenia, którego wniosek dotyczy. Akceptuję fakt przetwarzania danych osobowych przez Uniwersytet Medyczny w Lublinie z siedzibą przy Al. Raclawickich 1, 20-059 Lublin, zostałem również poinformowany o przysługujących mi na mocy przepisów prawa uprawnieniach, w szczególności prawie dostępu do danych osobowych, ich poprawiania i modyfikacji, a także zasadach i czasookresie przetwarzania danych. Zapoznałem się z Regulaminem przyznawania pomocy materialnej dla studentów i doktorantów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie szczegółowo regulującym przedmiotowe zasady. Posiadam wiedzę, że podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celu przetwarzania danych, zaś bez ich podania nie będzie możliwe rozpatrzenie mojego wniosku z uwagi na fakt, iż Uniwersytet zobligowany jest do ich gromadzenia na mocy obowiązujących przepisów prawa, a także, że dane nie będą przedmiotem sprzedaży ani udostępniania podmiotom zewnętrznym, za wyjątkiem podmiotów i okoliczności ich ujawnienia przewidzianych przepisami prawa. Zgodnie z informacją udzieloną mi przez Uniwersytet jako administratora danych osobowych w oparciu o przekazane przeze mnie dane nie będą podejmowane decyzje w sposób zautomatyzowany, zaś w celu prawidłowej ochrony moich praw powołana została osoba monitorująca przedmiotowy obszar, w którą mogę skontaktować się pod adresem: abi@umlub.pl. W związku z przetwarzaniem danych przez Uniwersytet mam również prawo złożenia skargi do organu nadzorczego w zakresie ochrony danych osobowych.

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 od 6 miesięcy do lat 8, niniejszym oświadczam, że:

pobieram

nie pobieram

świadczenia 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*