Załącznik nr 1
do Regulaminu przyznawania i wypłacania świadczeń pomocy materialnej
dla studentów Akademii Medycznej Nauk Stosowanych i Holistycznych

WNIOSEK

o przyznanie stypendium socjalnego

Imię i nazwisko studenta | *PESEL*

Adres

Telefon | *E-Mail (drukowanymi literami)*

Numer albumu | *Kierunek studiów*

Nr konta bankowego studenta

Dane o obecnych studiach[1]:

Forma studiów: ☐ -stacjonarne ☐ - niestacjonarne
Poziom studiów: ☐ - I stopnia ☐ - II stopnia ☐ - magisterskie jednolite
Rok studiów: ☐ - 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5
Studia rozpoczęte od semestru: ☐ - zimowego ☐ - letniego
Liczba studiowanych kierunków: ☐ - jeden, obecny ☐ - więcej niż jeden

Dane o dotychczas uzyskanych tytułach zawodowych[2]:

☐ - tytuł magistra lub równorzędny (np. magistra inżyniera, lekarza), także za granicą
☐ - tytuł licencjata lub równorzędny (np. inżyniera), także za granicą

Dane o ilości rozpoczętych semestrów studiów w edukacji na poziomie wyższym[3]:

☐ - łączna ilość rozpoczętych semestrów studiów wyższych, w tym:
☐ - łączna ilość rozpoczętych semestrów studiów I stopnia[4]
☐ - łączna ilość rozpoczętych semestrów studiów II stopnia)

[1] Zaznaczyć wybór znakiem X.
[2] Zaznaczyć znakiem X, jeśli dotyczy.
[3] Należy wpisać ilość rozpoczętych semestrów, bez względu na to czy zostały ukończone, w trakcie całej edukacji na poziomie wyższym, kiedykolwiek i gdziekolwiek, w kraju i za granicą, na studiach jednolitych, studiach I stopnia, studiach II stopnia, w tym semestry urlopów od zajęć oraz semestry powtarzane. Semestry odbywane równocześnie na kilku kierunkach studiów traktuje się, jako jeden semestr.
[4] Nie uwzględnia się semestrów na kolejnych studiach I stopnia, rozpoczętych lub kontynuowanych po uzyskaniu pierwszego tytułu zawodowego licencjata, inżyniera albo równorzędnego.

Dane dotyczące służby[5]:

- *Jestem / nie jestem funkcjonariuszem służb państwowych w służbie kandydackiej albo funkcjonariuszem służb państwowych i podejmuję/nie podejmuję studia na podstawie skierowania lub zgody właściwego przełożonego i otrzymałem/ nie otrzymałem pomoc/y w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie.*
- *Jestem / nie jestem żołnierzem zawodowym państwowych i podejmuję/nie podejmuję studia na podstawie skierowania przez właściwy organ wojskowy i otrzymałem/nie otrzymałem pomoc/y w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie wojskowej.*

Dane dotyczące urlopu[6]:

- *Przebywam / nie przebywam na urlopie od zajęć.*

Uczelniana Komisja Stypendialna
Akademii Medycznej Nauk Stosowanych i Holistycznych

1. Uprzejmie proszę o przyznanie[7]:

☐ a) stypendium socjalnego

☐ b) stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości z tytułu zamieszkania w domu studenckim lub w obiekcie innym niż dom studencki

☐ c) stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości z tytułu zamieszkania z niepracującym małżonkiem lub dzieckiem w domu studenckim lub w obiekcie innym niż dom studencki

☐ d) stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości z tytułu zamieszkania w domu studenckim lub w obiekcie innym niż dom studencki, gdyż codzienny dojazd z miejsca zamieszkania do uczelni uniemożliwia lub w znacznym stopniu utrudnia studiowanie [8]

2. Na dzień składania wniosku moja rodzina składa się z niżej wymienionych osób:

Lp.	Imię i nazwisko	Rok urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Miejscowość zamieszkania
1	2	3	4	5
1			[Wnioskodawca]	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

A	Łączna ilość osób w rodzinie studenta	=Suma kolumny 2	

[5] Niepotrzebne skreślić
[6] Niepotrzebne skreślić
[7] Zaznaczyć wybór znakiem X. W przypadku zaznaczenia tego rodzaju stypendium socjalnego należy dołączyć poświadczenie ponoszenia kosztów za zamieszkanie w domu studenckim lub innym obiekcie, które są ponoszone bezpośrednio przez studenta
[8] Dotyczy studentów studiów stacjonarnych

3. Wysokość miesięcznego dochodu netto[9] przypadającego na osobę w rodzinie studenta:

L.p.	**Imię i nazwisko**	**Miesięczny dochód w poprzednim roku podatkowym i ilość miesięcy uzyskiwania**		**Miesięczny dochód utracony w roku poprzednim lub bieżącym i miesiąc utraty** (jeśli wystąpił)		**Miesięczny dochód uzyskany w roku poprzednim lub bieżącym, w drugim miesiącu zatrudnienia i miesiąc uzyskania** (jeśli wystąpił)		**Końcowy dochód miesięczny**
		kwota	mc	kwota	mc	kwota	mc	Kwota
1	2	3a	3b	4a	4b	5a	5b	6=3a-4a+5a
1								
2								
3								
4								
5								

B	Łączna wysokość miesięcznego dochodu rodziny studenta	=Suma kolumny 6	
C	Wysokość miesięcznego dochodu na osobę w rodzinie studenta	=B/A	

4. Do wniosku dołączam następujące dokumenty[10]:

- ☐ a) Oświadczenia członków rodziny o wysokości dochodu uzyskanego w poprzednim roku kalendarzowym
- ☐ b) Oświadczenia członków rodziny o dochodach osiągniętych w poprzednim roku kalendarzowym innych niż dochody podlegające opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych na zasadach określonych w art. 27, art. 30b, art. 30c, art. 30e i art. 30f ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych *(jeżeli dotyczy)*
- ☐ c) Oświadczenie o odległości zamieszkania od uczelni *(jeżeli dotyczy)*
- ☐ d) Oświadczenie o korzystaniu ze świadczeń z pomocy społecznej *(jeżeli dotyczy)*
- ☐ e) Oświadczenie studenta o prowadzeniu samodzielnego gospodarstwa domowego *(jeśli dotyczy)*
- ☐ f) Inne ☐

☐	☐	☐
Miejscowość	*Data*	*Czytelny podpis studenta*

[9] Dochód netto oznacza dochód pomniejszony o składki ZUS i podatek.
[10] Należy podać ilość załączników, jeżeli dotyczy.

Załącznik nr 1

do Regulaminu przyznawania i wypłacania świadczeń pomocy materialnej dla studentów Akademii Medycznej Nauk Stosowanych i Holistycznych

OŚWIADCZENIA

Wypełnić, jeśli dotyczy:

Oświadczam, że w roku złożenia tego wniosku zarówno ja, jak i moja rodzina, z którą prowadzę wspólne gospodarstwo domowe, pobieramy / nie pobieramy[11] świadczenia z pomocy społecznej i w związku z tym: załączam / nie załączam[12] zaświadczenie o korzystaniu ze świadczeń z pomocy społecznej wydanego przez ośrodek pomocy społecznej / centrum usług społecznych.

Miejscowość	*Data*	*Czytelny podpis studenta*

Wypełnić, jeśli dotyczy:

Oświadczam, że nie prowadzę wspólnego gospodarstwo domowego z żadnym z rodziców, opiekunów prawnych lub faktycznych oraz spełniam jeden z następujących warunków

- ☐ *a) ukończyłem / łam 26 rok życia,*
- ☐ *b) pozostaję w związku małżeńskim,*
- ☐ *c) mam na utrzymaniu dzieci niepełnoletnie, dzieci pobierające naukę do 26 roku życia, a jeżeli 26 rok życia przypada w ostatnim roku studiów, do ich ukończenia lub dzieci niepełnosprawne bez względu na wiek,*
- ☐ *d) osiągnąłem/osiągnęłam pełnoletniość przebywając w pieczy zastępczej,*
- ☐ *e) posiadam stałe źródło dochodów i mój przeciętny dochód w poprzednim roku podatkowym oraz w roku bieżącym w miesiącach poprzedzających miesiąc złożenia oświadczenia jest wyższy lub równy 1696,80 zł.*

Miejscowość	*Data*	*Czytelny podpis studenta*

Oświadczam, że zapoznałam/em się z „Regulaminem przyznawania i wypłacania świadczeń pomocy materialnej dla studentów Akademii Medycznej Nauk Stosowanych i Holistycznych", ustalonym zgodnie z art. 87 i 88 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.

Miejscowość	*Data*	*Czytelny podpis studenta*

Ja niżej podpisany/a zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 286 Kk - ***„Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inna 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 ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.*[17]

Miejscowość	*Data*	*Czytelny podpis studenta*

[11] Niepotrzebne skreślić
[12] Niepotrzebne skreślić

Jestem świadomy/a, że w przypadku ustalenia, że świadczenie zostało uzyskane na podstawie nieprawdziwych danych, Rektor wstrzyma wykonanie decyzji w sprawie przyznania świadczenia pomocy materialnej. Wówczas nienależnie pobrane świadczenia podlegają zwrotowi pod rygorem odpowiedzialności dyscyplinarnej i karnej.

Miejscowość	*Data*	*Czytelny podpis studenta*

Wyrażam zgodę na doręczanie mi wszelkich pism w toku postępowania o przyznanie stypendium socjalnego za pomocą środków komunikacji elektronicznej oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Akademię Medyczną Nauk Stosowanych i Holistycznych moich danych osobowych, zawartych we wniosku, w związku z postępowaniem o przyznanie i wypłatą stypendium socjalnego. Konieczność podania informacji odnośnie ww. informacji wynika z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnerozporządzenie o ochronie danych)("RODO").

Miejscowość	*Data*	*Czytelny podpis studenta*

Uczelniana Komisja Stypendialna

potwierdza kompletność przedstawionych dokumentów o dochodach oraz wysokość miesięcznego dochodu na osobę w rodzinie wnioskodawcy, ustaloną na kwotę:

Miejscowość	*Data*	*Podpis członka Uczelnianej Komisji Stypendialnej*

zł, (słownie: złotych i __/100).