Załącznik nr 4
do Regulaminu przyznawania i wypłacania świadczeń pomocy materialnej
dla studentów Akademii Medycznej Nauk Stosowanych i Holistycznych

WNIOSEK

o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych

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 stypendium dla osób niepełnosprawnych

2. Orzeczony lub równoważny stopień niepełnosprawności[7]:

☐ a) lekki;
☐ b) umiarkowany;
☐ c) Znaczny.

3. Orzeczenie wydano:

☐ a) na okres od dnia ☐ do dnia ☐
☐ b) na stałe.

4. Niepełnosprawność powstała:

☐ a) przed rozpoczęciem edukacji na poziomie wyższym;
☐ b) w trakcie studiów wyższych;
☐ c) po uzyskaniu tytułu zawodowego na poziomie wyższym.

5. Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

☐ a) Orzeczenie o niepełnosprawności;
☐ b) Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności;

[5] Niepotrzebne skreślić
[6] Niepotrzebne skreślić
[7] Zaznaczyć wybór znakiem X. Równoważny stopień niepełnosprawności należy określić zgodnie z art. 5 lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573 i 1981).

☐ c) Orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy, niezdolności do samodzielnej egzystencji, częściowej niezdolności do pracy, o których mowa w art. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

☐ d) Orzeczenie o zaliczeniu do grupy inwalidów i orzeczenie o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy, o których mowa w art 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

☐ e) Inne

Miejscowość	*Data*	*Czytelny podpis studenta*

Załącznik nr 4

do Regulaminu przyznawania i wypłacania świadczeń pomocy materialnej

dla studentów Akademii Medycznej Nauk Stosowanych i Holistycznych

OŚWIADCZENIA

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. 89 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*

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 dla osób niepełnosprawnych 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 dla osób niepełnosprawnych. 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)("RODO").

Miejscowość	*Data*	*Czytelny podpis studenta*

Uczelniana Komisja Stypendialna

potwierdza kompletność przedstawionych dokumentów o niepełnosprawności oraz stopień niepełnosprawności wnioskodawcy, ustalony na:

Miejscowość	*Data*	*Podpis członka Uczelnianej Komisji Stypendialnej*