

Miejscowość, data

DANE OSOBOWE STUDENTA				
Nazwisko i imię:			nr albumu:	rok studiów:
Wydział:		Kierunek/dyscyplina (dla doktorantów):		
Rodzaj studiów:	I - stopnia <input type="checkbox"/> 3-letnie <input type="checkbox"/> 4 - letnie	II - stopnia <input type="checkbox"/> 1,5-letnie <input type="checkbox"/> 2-letnie <input type="checkbox"/> 2,5-letnie	<input type="checkbox"/> Jednolite magisterskie	Forma studiów: <input type="checkbox"/> Stacjonarne <input type="checkbox"/> Niestacjonarne

*)właściwie zaznaczyć

WNIOSEK O PONOWNE PRZELICZENIE DOCHODU

Do wniosku załączam oświadczenie członka rodziny o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych (załącznik nr 16 do Regulaminu świadczeń dla studentów).

Świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 233 § 1 kk i art. 286 § 1 kk oraz odpowiedzialności dyscyplinarnej z art. 307 ust.1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższymi nauce wnioskuję o ponowne przeliczenie dochodów osiągniętych przez członków mojej rodziny na potrzeby stypendium socjalnego ze względu na:*)

utrata dochodu przez członka mojej rodziny:

imię i nazwisko członka rodziny	stopień pokrewieństwa	wysokość utraconego dochodu	okoliczność, w związku z którą nastąpiła utrata dochodu

Na potwierdzenie daty i kwoty utraconego dochodu przedkładam:

.....

uzyskanie dochodu przez członka mojej rodziny:

imię i nazwisko członka rodziny	stopień pokrewieństwa	wysokość uzyskanego dochodu	okoliczność, w związku z którą nastąpiło uzyskanie dochodu

Na potwierdzenie daty i kwoty uzyskanego dochodu przedkładam następujące dokumenty:

.....

zmianę sytuacji rodzinnej / składu mojej rodziny:

imię i nazwisko członka rodziny	stopień pokrewieństwa	okoliczność, w związku z którą nastąpiła zmiana składu rodziny

Na potwierdzenie zmiany sytuacji rodzinnej / składu mojej rodziny przedkładam:

.....

W przypadku wystąpienia zmian w mojej sytuacji dochodowej lub rodzinnej powodującej zmiany moich uprawnień do świadczeń pomocy materialnej, wnoszę o zmianę decyzji administracyjnej na podstawie art. 155 k.p.a., na co wyrażam zgodę

Art. 233 §1 kk: „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.

Art. 286 § 1 kk: 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 przedsięwziętego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Art. 307 ust.1 Student podlega odpowiedzialności dyscyplinarnej za naruszenie przepisów obowiązujących w uczelni oraz za czyn uchybiający godności studenta.

.....
data, podpis studenta

Adnotacje urzędowe:

1. Potwierdzam kompletność dostarczonych zaświadczeń poświadczających sytuację wnioskodawcy

.....
(data i podpis osoby upoważnionej do przyjęcia wniosku)

2. Stwierdzam niekompletność dokumentów poświadczających sytuację wnioskodawcy, uniemożliwiającą rozpatrzenie niniejszego wniosku. Na podstawie art. 64 §2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego student/doktorant dnia został wezwany ustnie(telefonicznie) / pisemnie* do usunięcia braków we wniosku poprzez dostarczenie następujących dokumentów:

1.
2.
3.
4.

Wnioskodawca został poinformowany, iż nieusunięcie ww. braków w terminie 7 dni od dnia doręczenia wezwania spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

.....
(data i podpis osoby upoważnionej do przyjęcia wniosku)

DECYZJA KOMISJI STYPENDIALNEJ (rozstrzygnięcia dla celów sporządzenia decyzji administracyjnej wydawanej studentowi)		
<input type="checkbox"/> POZYTYWNA	<input type="checkbox"/> NEGATYWNA	<input type="checkbox"/> POZOSTAWIA sprawę bez rozpatrzenia z uwagi na niekompletność dokumentów poświadczających sytuację wnioskodawcy, uniemożliwiającą rozpatrzenie niniejszego wniosku

Data / Podpisy członków komisji stypendialnej