

Wniosek został złożony w dziekanacie:

(data, podpis, pieczęćka pracownika dziekanatu przyjmującego wniosek)

Załącznik nr 1
do "Regulaminu przyznawania pomocy
materiałnej dla studentów
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach"

WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZEŃ POMOCY MATERIALNEJ

w roku akademickim ____ / ____

Nazwisko i imię studenta: _____		Nr albumu: _____
Imiona rodziców: _____	Stan cywilny: _____	Obywatelstwo: _____
Wydział: _____	Kierunek studiów: _____	Jestem studentem/ką innej uczelni: tak nie
Forma studiów: Stacjonarne Niestacjonarne		Rodzaj studiów: I stopnia II stopnia jednolite magisterskie
Miejsce stałego zameldowania: ul. _____ nr domu _____ nr lokalu _____ kod _____ Miejscowość _____ woj. _____		Telefon kontaktowy: _____ _____
Adres do korespondencji: ul. _____ nr domu _____ nr lokalu _____ kod _____ Miejscowość _____ woj. _____		e-mail: _____ _____

Wnioskuje o przyznanie

Stypendium socjalnego

Stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości (*dotyczy studentów studiów stacjonarnych, w związku z zamieszkaniem w domu studenckich lub innym obiekcie, jeżeli codzienny dojazd z miejsca stałego zamieszkania do uczelni uniemożliwia lub w znacznym stopniu utrudnia studiowanie*)

Oświadczam, że czasowo zamieszkuję w:

domu studenckim

obiekcie innym niż dom studencki

Stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych (*należy dołączyć orzeczenie właściwego organu potwierdzające niepełnosprawność*)

Stopień niepełnosprawności:

lekki

umiarkowany

znaczny

od _____ do _____

od _____ do _____

od _____ do _____

Przyznane świadczenie proszę przekazać na moje konto bankowe:

(nazwa i adres banku)

Nr
konta

--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

Dane członków rodziny: (oświadczam, że we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają niżej wymienione osoby, w tym dzieci pobierające naukę do ukończenia 26 roku życia, oraz dzieci niepełnosprawne bez względu na wiek)

(data i podpis studenta)

Lp.	Imię i nazwisko (nazwisko rodowe matki)	Rok urodzenia	Stopień pokrewieństwa wnioskodawca	Miejsce zatrudnienia/nauki (szkoła, uczelnia, rok nauki)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				

Inne dane:

a) alimenty świadczone na rzecz innych osób w roku _____ * wyniosły _____ zł _____ gr.

a) dochód utracony z/uzyskany w roku _____ * wyniósł _____ zł _____ gr.

c) opłata ponoszona za członka rodziny przebywającego w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie w roku _____ *
wyniosła _____ zł _____ gr.

* wpisać rok, z którego dochód stanowi podstawę ustalenia dochodu rodziny

Do wniosku załączam następujące dokumenty:

Lp.	Nazwa dokumentu	ilość sztuk	Uwagi Dziekanatu
1.	Zaświadczenia z Urzędu skarbowego o dochodach podlegających opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych (dotyczy wszystkich pełnoletnich członków rodziny studenta i studenta)		
2.	Oświadczenia o dochodzie uzyskiwanym z pozarolniczej działalności osób rozliczających się na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne		
3.	Oświadczenie o dochodzie niepodlegającym opodatkowaniu podatkiem dochodowym		
4.	Zaświadczenie z urzędu skarbowego o wysokości należnego zryczałtowanego podatku dochodowego za dany rok		
5.	Decyzję ustalającą wysokość podatku dochodowego w formie karty podatkowej		
6.	Zaświadczenie właściwego organu gminy o wielkości gospodarstwa rolnego wyrażonej w hektarach przeliczeniowych		
7.			
8.			
9.			

Oświadczenie studenta:

Świadoma/y odpowiedzialności karnej z art. 233 kk, cywilnej i dyscyplinarnej za podanie nieprawdziwych danych, oświadczam że:

- wszystkie podane przeze mnie we wniosku informacje i załączone dokumenty są prawdziwe i obejmują wszystkie źródła dochodów mojej rodziny,
- zapoznałam/em się z zasadami przyznawania świadczeń pomocy materialnej oraz zasadami dokumentowania dochodów do celów stypendialnych w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach,
- w przypadku zmiany liczby członków mojej rodziny lub innych zmian mających wpływ na prawo do otrzymywania świadczeń i ich wysokość niezwłocznie powiadomię o tych zmianach Stanowisko ds. pomocy materialnej w Dziekanacie Wydziału,
- zobowiązuję się do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń.

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku.

_____ dnia _____

_____ Własnoręczny podpis studenta

Wypełnia dziekanat

Dochody członków rodziny osiągnięte w roku kalendarzowym _____

Lp.	Członkowie rodziny (imię i nazwisko)	Dochody (w zł)			Ogółem
		opodatkowane na zasadach ogólnych	opodatkowane zryczałt. podat. dochodowym	(inne) niepodlegające opodatkowaniu	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
Razem:					

Ogółem dochód roczny rodziny wynosi _____ zł _____ gr.

Odliczenia z tytułu:

- płacenie alimentów na inne osoby _____ zł _____ gr.

- opłaty za pobyt członków rodziny w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie _____ zł _____ gr.

- dochód utracony _____ zł _____ gr.

Dochód roczny rodziny po odliczeniu zobowiązań wynosi: _____ zł _____ gr.

- dochód uzyskany _____ zł _____ gr.

Dochód roczny rodziny wynosi: _____ zł _____ gr.

Dochód rodziny w przeliczeniu na jedną osobę miesięcznie wynosi: _____

Student miejscowy zamiejscowy

Zbiornicze zestawienie przyznanych świadczeń wypłaconych na podstawie załączonej decyzji:

Górna granica podstawy przyznania świadczeń wynosi: _____

- Przyznano/nie przyznano** stypendium socjalne: kwota: _____

- Przyznano/nie przyznano** stypendium socjalne w zwiększonej wysokości kwota: _____

- Przyznano/nie przyznano** stypendium specjalne osób niepełnosprawnych kwota: _____

Łączna kwota przyznanych świadczeń wynosi:

- Nie przyznano świadczeń z powodu: _____

Zmiana decyzji: _____

_____ dnia _____

_____ podpis i pieczęć pracownika Dziekanatu

** niewłaściwe skreślić