

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                             |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|-------------|
| Imię i nazwisko:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                             |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                             |             |
| Miejsce stałego zamieszkania - (kod pocztowy, miejscowość, województwo, powiat, ulica, nr domu, nr lokalu).                                                                                                                                                                                                                                 |  |                             |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                             |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                             |             |
| Adres do korespondencji - (kod pocztowy, miejscowość, województwo, powiat, ulica, nr domu, nr lokalu).                                                                                                                                                                                                                                      |  |                             |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                             |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                             |             |
| nr telefonu:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Adres e-mail w domenie SUM: |             |
| <b>Wydział:</b> <input type="checkbox"/> Wydział Nauk Medycznych w Zabrze* <input type="checkbox"/> Wydział Nauk o Zdrowiu w Bytomiu*<br><input type="checkbox"/> Wydział Nauk Medycznych w Katowicach* <input type="checkbox"/> Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach*<br><input type="checkbox"/> Wydział Nauk Farmaceutycznych w Sosnowcu* |  |                             |             |
| *zaznacz właściwe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                             |             |
| <b>kierunek studiów:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                             |             |
| <b>Forma studiów:</b> <input type="checkbox"/> stacjonarne <input type="checkbox"/> niestacjonarne                                                                                                                                                                                                                                          |  | Nr albumu                   | Rok studiów |
| <input type="checkbox"/> - jednolite studia magisterskie                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                             |             |
| <input type="checkbox"/> - studia I-stopnia                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                             |             |
| <input type="checkbox"/> - studia II-stopnia                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                             |             |
| <input type="checkbox"/> - studia doktoranckie                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                             |             |

| Wnioskuje o przyznanie   |                                            |
|--------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Stypendium socjalnego                      |
| <input type="checkbox"/> | Stypendium socjalne w zwikszonej wysokosci |

.....  
(nazwa i adres banku)

[illegible]

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

| Wypełnia<br>student |                 |                                   |                                           |                                                       | Wypełnia<br>Uczelnia                     |                                   |                 |         |
|---------------------|-----------------|-----------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|---------|
| L<br>p,             | Imię i nazwisko | Stopień<br>pokrewieństwa          | data<br>urodzenia<br>(dzień, m-c,<br>rok) | Rodzaj<br>zatrudnienia<br>rodziców /<br>rodzaj szkoły | Dochód<br>zasady<br>ogólne               | Karta<br>podatkowa<br>lub ryczałt | Inne<br>dochody | Ogółem: |
| 1                   |                 | <b>Student -<br/>wnioskodawca</b> |                                           |                                                       |                                          |                                   |                 |         |
| 2                   |                 |                                   |                                           |                                                       |                                          |                                   |                 |         |
| 3                   |                 |                                   |                                           |                                                       |                                          |                                   |                 |         |
| 4                   |                 |                                   |                                           |                                                       |                                          |                                   |                 |         |
| 5                   |                 |                                   |                                           |                                                       |                                          |                                   |                 |         |
| 6                   |                 |                                   |                                           |                                                       |                                          |                                   |                 |         |
| 7                   |                 |                                   |                                           |                                                       |                                          |                                   |                 |         |
| 8                   |                 |                                   |                                           |                                                       |                                          |                                   |                 |         |
| 9                   |                 |                                   |                                           |                                                       |                                          |                                   |                 |         |
|                     |                 |                                   |                                           |                                                       | <b>Łączny dochód roczny<br/>rodziny:</b> |                                   |                 |         |
|                     |                 |                                   |                                           |                                                       | <b>Dochód miesięczny;</b>                |                                   |                 |         |
|                     |                 |                                   |                                           |                                                       | <b>Dochód na członka rodziny;</b>        |                                   |                 |         |

**Inne dane :**

- a) alimenty świadczone na rzecz innych osób w roku: \_\_\_\_\_ wyniosły: \_\_\_\_\_ zł. \_\_\_\_\_ gr.
- b) dochód utracony z roku: \_\_\_\_\_ wyniósł: \_\_\_\_\_
- c) dochód uzyskany w roku: \_\_\_\_\_ wynosi: \_\_\_\_\_
- d) opłata ponoszona za członka rodziny przebywającego w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie w roku:  
\_\_\_\_\_ : wyniosła: \_\_\_\_\_ zł. \_\_\_\_\_ gr.

**Do wniosku załączam dokumenty wymienione w załączniku Nr 5:**

| Lp. | Nazwa dokumentu                                                                                                                                                                                            | Ilość<br>sztuk | Uwagi<br>Uczelni                                                                                                               |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o dochodach lub braku dochodu podlegających opodatkowaniu za zasadach ogólnych od osób fizycznych – zał. Nr 6 (Urząd Skarbowy może wykazać dochody na własnych drukach). |                | <b>UWAGA! Wymienione w tabeli podstawowe załączniki dotyczą każdego pełnoletniego członka rodziny wymienionego we wniosku.</b> |
| 2.  | Oświadczenie członka rodziny rozliczającego się na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiągniętych przez osoby fizyczne – zał. 6a                            |                |                                                                                                                                |
| 3.  | Zaświadczenie z ZUS o faktycznej wysokości odprowadzonych składek zdrowotnych w poprzednim roku kalendarzowym.                                                                                             |                |                                                                                                                                |
| 4.  | Załącznik Nr 7 - oświadczenie o dochodzie niepodlegającym opodatkowaniu podatkiem dochodowym.                                                                                                              |                |                                                                                                                                |
| 5.  | Zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej                                                                                                                                                                  |                |                                                                                                                                |
| 6.  | Załącznik Nr 8                                                                                                                                                                                             |                | <b>UWAGA! Wymieniony załącznik dotyczy tylko wnioskodawcy</b>                                                                  |
| 7.  | Zaświadczenie właściwego organu gminy o wielkości gospodarstwa rolnego wyrażonej w hektarach przeliczeniowych,                                                                                             |                |                                                                                                                                |
| 8.  | Załącznik Nr 11                                                                                                                                                                                            |                |                                                                                                                                |
| 9.  |                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                                                                                |

|     |  |  |  |
|-----|--|--|--|
| 10. |  |  |  |
| 11. |  |  |  |
| 12. |  |  |  |
| 13. |  |  |  |
| 14. |  |  |  |
| 15. |  |  |  |
| 16. |  |  |  |
| 17. |  |  |  |
| 18. |  |  |  |
| 19. |  |  |  |
| 20. |  |  |  |
| 21. |  |  |  |
| 22. |  |  |  |
| 23. |  |  |  |
| 24. |  |  |  |
| 25. |  |  |  |
| 26. |  |  |  |
| 27. |  |  |  |
| 28. |  |  |  |
| 29. |  |  |  |
| 30. |  |  |  |

**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,
- zapoznałem się z zasadami przyznawania świadczeń pomocy materialnej, oraz zasadami dokumentowania dochodów do celów stypendialnych w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach.

**Zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku.**

---

(data i podpis studenta)

## Wypełnia Uczelnia

| Lp. | Ponowne przeliczenie dochodu w ciągu roku | Dochód zasady ogólne | Karta podatkowa lub ryczałt | Inne dochody | Ogółem: |
|-----|-------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|--------------|---------|
| 1.  |                                           |                      |                             |              |         |
| 2.  |                                           |                      |                             |              |         |
| 3.  |                                           |                      |                             |              |         |
| 4.  |                                           |                      |                             |              |         |
| 5.  |                                           |                      |                             |              |         |
| 6.  |                                           |                      |                             |              |         |
| 7.  |                                           |                      |                             |              |         |
|     |                                           |                      |                             |              |         |

Górna granica dochodu wynosi : \_\_\_\_\_ zł.

Zbiorcze zestawienie przyznanych świadczeń materialnych studentowi – dochód miesięczny na 1 członka rodziny wynosi: \_\_\_\_\_ dochód po ponownym przeliczeniu wynosi: \_\_\_\_\_

| Lp. | Rodzaj świadczenia                          | Decyzja pozytywna*<br>(x) | Decyzja negatywna<br>(x) | Kwota świadczenia |
|-----|---------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------|
| 1.  | Stypendium socjalne                         |                           |                          |                   |
| 2.  | Stypendium socjalne w zwiększonej wysokości |                           |                          |                   |

☐ Nie przyznano świadczeń z powodu: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Katowice, dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(pieczętka i podpis upoważnionego pracownika Uczelni/członka Komisji stypendialnej)

Zmiana decyzji: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Katowice, dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(pieczętka i podpis upoważnionego pracownika Uczelni/członka Komisji stypendialnej)