|  |
| --- |
|  |

**data wpływu:**

Załącznik nr 2 do Regulaminu Pomocy Materialnej

**Wniosek o przyznanie pomocy** **materialnej na rok akademicki ……………………**

**do Wydziałowej Komisji Stypendialnej**

**□ stypendium socjalne □ stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych**

**□ zwiększone stypendium socjalne z tytułu zamieszkania w: □ DS lub □ innym obiekcie niż DS** (odpowiednie zaznaczyć **X**)

**□ zwiększone stypendium socjalne z tytułu zamieszkania z niepracującym małżonkiem lub dzieckiem studenta w: □ DS lub □ innym obiekcie niż DS** (odpowiednie zaznaczyć **X)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# Nr konta bankowego

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# 

**Nazwisko i imię**

**Imię ojca** ...................................................... **Nazwisko rodowe** ……………….................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PESEL tel. kont. e-mail**

……...……………………………

**Adres zameldowania** ...........................................................................................................................................................................

**Adres do korespondencji** ……………………………………………………………………………………………...

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

**Kierunek**........................................................... **rok studiów**................. **stacjonarne, niestacjonarne**\* **Nr albumu**

\* niepotrzebne skreślić

**Oświadczam,** że rodzina moja składa się z niżej wymienionych osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Rodzaj pokrewieństwa | Data urodzenia | Miejsce zatrudnienia lub nazwa szkoły/uczelni |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**POUCZENIE:**

* Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Pomocy Materialnej UMB.
* Świadomy odpowiedzialności karnej, cywilno-prawnej i dyscyplinarnej oświadczam iż podane informacje o członkach gospodarstwa domowego i dochodach przez nich uzyskiwanych są zgodne z prawdą.
* Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości obowiązek zwrotu świadczeń nienależnie pobranych (ustawa „Prawo o szkolnictwie wyższym” art. 212), tzn.:

- otrzymanych na podstawie nieprawdziwych danych

- otrzymanych ze względu na brak powiadomienia Działu Spraw Studenckich o każdej zmianie sytuacji materialnej rodziny, mającej wpływ na wysokość świadczeń.

**Oświadczenie owyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych:**

- zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016, poz. 922) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku z siedzibą ul. Kilińskiego 1, 15-089 Białystok, moich danych osobowych zawartych we wniosku i załącznikach do wniosku, do celów stypendialnych. Zostałem poinformowany o przysługującym mi prawie wglądu do moich danych i ich aktualizacji.

**Oświadczenie dotyczące osób ubiegających się o stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych**

\*\*wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych zawartych we wniosku do Biura Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku,   
 w szczególności adresu poczty elektronicznej, w celu otrzymywania drogą elektroniczną wiadomości o charakterze informacyjnym.

\*\*w przypadku braku zgody skreślić

……………………………………………… ………………………………………………

Miejscowość i data Podpis studenta

**wykaz składanych dokumentów – WYPEŁNIA STUDENT!**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | na dzień złożenia wniosku : | ilość | Dokumenty uzupełniające | ilość |
| 1. | - Zaświadczenia z Urzędu Skarbowego o dochodach |  |  |  |
| 2. | - Oświadczenia o dochodach niepodlegających opodatkowaniu |  |  |  |
| 3. | - Oświadczenie o dochodach z prowadzonej działalności gospodarczej |  |  |  |
| 4. | - Zaświadczenie z Urzędu Pracy o bezrobociu |  |  |  |
| 5. | - Zaświadczenia rodzeństwa ze szkoły lub szkoły wyższej |  |  |  |
| 6. | - Zaświadczenie z Gminy o wielkości gospodarstwa rolnego |  |  |  |
| 7. | - Zaświadczenie z ZUS-u/KRUS-u albo oświadczenie o faktycznie odprowadzonych składkach na ubezpieczenie zdrowotne (załącznik nr 10) |  |  |  |

……………………………………………………

Podpis studenta