**Załącznik nr 2 do Regulaminu przyznawania pomocy materialnej**

|  |
| --- |
|  |

**data wpływu:**

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

 **do Doktoranckiej Komisji Stypendialnej**

 **□ stypendium socjalne □ specjalne stypendium dla 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 panieńskie studentki** .............................................................................................

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

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

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

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

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

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

**Wydział**........................................................... **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 | Stopień pokrewieństwa | Data urodzenia | Miejsce zatrudnienia lub nazwa szkoły/uczelni |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**POUCZENIE:**

* Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem przyznawania pomocy materialnej doktorantom 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 doktoranta

**Wykaz składanych dokumentów – WYPEŁNIA DOKTORANT!**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 bądź oświadczenie o faktycznie odprowadzonych składkach na ubezpieczenie zdrowotne (zał. 10) |  |  |  |
| 8. | inne (wymienić jakie) |  |  |  |

…………………………………………………..

Podpis doktoranta