|  |  |
| --- | --- |
| **WNIOSEK NALEŻY UZUPEŁNIĆ CZYTELNIE – DRUKOWANYMI LITERAMI**  Objaśnienia do wniosku są dostępne w dokumencie „Objaśnienia” dostępnym na WD z zakładce Stypendia | |
| POLA SZARE WYPEŁNIA PRACOWNIK WSAIB | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Data złożenia wniosku |  | Czy wniosek zawiera braki? | NIE | TAK |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Kierunek studiów |  | | | Rok studiów | | Typ studiów | stacjonarne | | niestacjonarne |  | |  | |  | | Studia I stopnia | Studia II stopnia | Jednolite studia magisterskie | | Semestr studiów | |  |  |  | |  | | |
| Nazwisko i imię | ………………………………………………………………. |
| Numer albumu | ………………………………………………………………. |
| Adres do korespondencji | ………………………………………………………………. |
| Telefon kontaktowy | ………………………………………………………………. |
| E-mail | ………………………………………………………………. |

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, iż sytuacja materialna w moim gospodarstwie domowym w stosunku do roku ubiegłego uległa zmianie **i wnoszę o ponowne przeliczenie dochodów osiąganych przez członków mojej rodziny ze względu na** *(proszę zaznaczyć x)***:**

* uzyskanie dochodu przez członka mojej rodziny,
* utratę dochodu przez członka mojej rodziny,
* zmianę składu mojej rodziny.

………………………..

(data, podpis studenta)

1. **W przypadku zmiany składu rodziny proszę o podanie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko członka rodziny, którego zmiana dotyczy** | **Stopień pokrewieństwa** | **Okoliczność, w związku z którą nastąpiła zmiana składu rodziny (np. zawarcie małżeństwa, narodziny dziecka)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Na potwierdzenie zmiany składu rodziny przedkładam:

1. …………………………… …………………………………………………………….
2. ………………………………………………………………...…………………………
3. …………………………………………………………………………...........................

Gdynia, dnia ……………… …………….…………………….

(data, podpis studenta)

1. **W przypadku osiągnięcia/utraty dochodu przez studenta lub członka rodziny studenta**

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań określonej w art.233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego oraz o odpowiedzialności dyscyplinarnej określonej w art. 307 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce:

**OŚWIADCZENIE O UZYSKANIU DOCHODU**

**Oświadczam, że w roku kalendarzowym ………:**  nastąpiło uzyskanie dochodu wnioskodawcy lubjednego z członków rodziny zgodnie z a**rt. 3 pkt 24 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych** co potwierdzam odpowiednimi dokumentami.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i Imię** | **Dochód uzyskany** | **Od kiedy** | **Przyczyna** | **Data i podpis osoby składającej oświadczenie** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| Razem | |  |  |  |  |

 nie nastąpiło*(zaznacz znakiem x*) ……………………..

Data i podpis studenta

**OŚWIADCZENIE O UTRACIE DOCHODU**

**Oświadczam, że w roku kalendarzowym ……...:**  nastąpiła utrata dochodu wnioskodawcy lub jednego z członków rodziny zgodnie z a**rt. 3 pkt 23 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych** co potwierdzam odpowiednimi dokumentami.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i Imię** | **Dochód utracony** | **Od kiedy** | **Przyczyna** | **Data i podpis osoby składającej oświadczenie** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| Razem | |  |  |  |  |

 nie nastąpiło*(zaznacz znakiem x*) ) ……………………….

Data i podpis studenta

Oświadczam, że sytuacja, powstała na skutek utraty dochodu, utrzymuje się do dnia składania wniosku. Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych znajduje się na stronie wsaib.pl

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Decyzja Komisji Stypendialnej** | | | **Podpisy członków Komisji** |
| **Wezwanie do uzupełnienia dokumentów do dnia: ………** | **TAK** | **NIE** |  |
|  |  |
| **Pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia do dnia:** |  | |
| **Decyzja o zmianie warunków stypendium:**  **………………………………………………………**  **………………………………..** | | |
| **Na okres od……………………do…………………………** | | |
| **Data rozpatrzenia wniosku………………………………………………….** | | |