|  |  |
| --- | --- |
| **WNIOSEK NALEŻY UZUPEŁNIĆ CZYTELNIE – DRUKOWANYMI LITERAMI** | |
| 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 | ………………………………………………………………. |

**Proszę o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych, jednocześnie oświadczam, iż posiadam:**

* lekki stopnień niepełnosprawności,
* umiarkowany stopień niepełnosprawności,
* znaczny stopień niepełnosprawności.

Niniejszy stopień niepełnosprawności został orzeczony *przez (proszę podać nazwę instytucji, datę, numer decyzji oraz termin ważności orzeczenia)*:…………………………………………….. ...………………………………………………………………………………………………… ...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………....

(data, podpis studenta)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OŚWIADCZENIA**  Świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 286 Kodeksu karnego – „Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” oraz odpowiedzialności dyscyplinarnej wynikającej z art. 307 ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, pod rygorem zwrotu nienależnie pobranego świadczenia, oświadczam, że: | | | |
| **L.p.** | **Treść oświadczenia** | | **Podpis**  ***(potwierdzenie oświadczenia)*** |
| 1. | Zapoznałem/am się z treścią obowiązującego regulaminu ustalania wysokości, przyznawania i wypłacania świadczeń pomocy materialnej dla studentów WSAiB im. E. Kwiatkowskiego w Gdyni oraz art. 93 ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce. | |  |
| 2 | Nie jestem kandydatem na żołnierza zawodowego lub żołnierzem zawodowym ani funkcjonariuszem służb państwowych w służbie kandydackiej lub funkcjonariuszem służb państwowych, który podjął studia na podstawie skierowania przez właściwy organ wojskowy lub zgody właściwego przełożonego i otrzymał pomoc w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie. | |  |
| 3. | Nie pobieram stypendium na innym kierunku lub w innej uczelni. | |  |
| 4. | W przypadku otrzymania stypendium na innym kierunku lub uczelni, fakt ten zgłoszę niezwłocznie do Komisji Stypendialnej. | |  |
| 5. | Zobowiązuję się do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń i wyrażam zgodę na potrącenie nienależnie pobranych świadczeń z otrzymywanych stypendiów. | |  |
| 6. | Świadczenia przysługują na studiach I i II stopnia i jednolitych magisterskich, nie dłużej niż przez okres 12 semestrów, bez względu na ich pobieranie przez studenta, z zastrzeżeniem że w ramach tego okresu świadczenia przysługują na studiach: **I** stopnia - nie dłużej niż przez **9** semestrów; **II** stopnia - nie dłużej niż przez **7** semestrów. | |  |
| Do okresu, o którym mowa wlicza się wszystkie rozpoczęte przez studenta semestry na studiach, w tym semestry przypadające w okresie korzystania z urlopów. | |
| Oświadczam, że zapoznałem się z powyższą informacją i zobowiązuję się do poinformowania Komisji o utracie prawa do pobierania świadczeń z tytułu upływu okresu uprawniającego do pobierania świadczeń. | |
| 7. | Łączna ilość wszystkich rozpoczętych przeze mnie semestrów wyniosła dotychczas: | na I stopniu ............ semestrów    na II stopniu .………… semestrów  magisterskie …….…… semestrów |  |
| 8. | Jestem studentem/ką innego kierunku Wyższej Szkoły Administracji i Biznesu im. E. Kwiatkowskiego w Gdyni |  NIE  TAK ……………………………………………………….  (jakiego?) |  |
| 9. | Jestem studentem/ką innej Uczelni |  NIE  TAK ……………………………………………………….  (jakiej?) |  |
| 10. | Jestem absolwentem/ką studiów I stopnia |  NIE  TAK ………………………………………………………  (kierunek i termin ukończenia studiów) |  |
| 11. | Jestem absolwentem/ką studiów II stopnia: |  NIE  TAK ………………………………………………………  (kierunek i termin ukończenia studiów) |  |
| 12. | Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach statystycznych związanych z procesem przyznawania stypendium | |  |
| 13. | Podane przeze mnie we wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym | |  |

**Do wniosku załączam lub okazuję następujące dokumenty** :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj dokumentu** | **Kogo dotyczy** | **Poświadczenie członka Komisji** |
|  | Potwierdzenie nr konta | student |  |
|  | Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | student |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

…………………………

(data, podpis)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Decyzja Komisji Stypendialnej** | | | **Podpisy członków Komisji** |
| **Wezwanie do uzupełnienia dokumentów do dnia: ………** | **TAK** | **NIE** |  |
|  |  |
| **Pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia do dnia:** |  | |
| **Przyznano/ nie przyznano\* stypendium:**  **– dla niepełnosprawnych w wysokości…………….…...…** | | |
| **Na okres od……………………do…………………………** | | |
| **Data rozpatrzenia wniosku………………………………………………….** | | |

**UWAGA OŚWIADCZENIE MUSI BYĆ WYDRUKOWANE NA OSOBNEJ KARTCE!**

**OŚWIADCZENIE**

**Wyrażam zgodę na przekazanie przyznanego mi stypendium na konto bankowe:**

**Do oświadczenia należy dołączyć dokument z banku poświadczający prawidłowość numeru konta (potwierdzenie założenia rachunku lub potwierdzenie wykonania jakiegokolwiek przelewu z tego rachunku).**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię | ………………………………………………………………. |
| Numer albumu | ………………………………………………………………. |
| Adres do korespondencji | ………………………………………………………………. |
| Telefon kontaktowy | ………………………………………………………………. |
| E-mail | ………………………………………………………………. |

Nazwa banku: ……………………………………………………………………

Numer konta:

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

…………………………

(data, podpis)