*załącznik nr 1 (WSAP)*

*Data przyjęcia wniosku, pieczęć i podpis*pracownika

***Uczelniana Komisja Stypendialna   
przy Wyższej Szkole Administracji Publicznej w Kielcach***

***WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM SOCJALNEGO   
 w semestrze zimowym/ letnim\*,***

***w roku akademickim 20…./ 20….***

**1. Dane studenta ubiegającego się o przyznanie stypendium: Nr albumu .**.........................

**NAZWISKO** ........................................................................................ **IMIĘ** ...........................................................................................

Rok studiów….....Semestr…… Kierunek ............................................................ Forma studiów .....................................................

Specjalność: ...............................................................................................................................................................................................

Adres stałego zamieszkania: kod pocztowy ……………..… poczta/miasto .................................................................................... Ulica, nr domu/mieszkania ........................................................................................ Województwo ….....……….…...….…….… Adres do korespondencji: □ jak wyżej lub kod pocztowy ……………… poczta/miasto …….................................................... Ulica, nr domu/mieszkania ...................................................................................... Województwo ….....…………….…...….…… Tel. kontaktowy .…............…………….…...….……... Adres e.mail .........................................................

*W toku postępowania strony, ich przedstawiciele oraz pełnomocnicy mają obowiązek powiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu.*

**2. Proszę o przyznanie:** *(właściwe zakreślić)*

□ **w semestrze zimowym w roku akademickim 20…./ ….;**

□ **w semestrze letnim w roku akademickim 20…./ ….;**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| od miesiąca:  (wypełnia pracownik) → |  |  |  |  |  |
| **stypendium socjalnego** |  |  |  |  |  |

**3. Dane członków rodziny studenta:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Nazwisko i imię** | **Pesel** | **Stopień pokrewieństwa** | **Źródło dochodu**  **(w dniu składania wniosku)** |
| 1 |  |  | *Wnioskodawca* |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |

***Oświadczenie !***

Na podstawie §19 ust. 5 Regulaminu świadczeń dla studentów w Wyższej Szkole Administracji Publicznej – „Uzyskanie przez studenta prawa do świadczeń poprzez przedstawienie nieprawdziwych danych, przerobionych, podrobionych lub nieważnych dokumentów, zmian w dochodach lub składzie rodziny nie zgłoszonych w terminie 14 dni od momentu zaistnienia zdarzenia skutkuje pozbawieniem prawa do świadczeń i zwrotem otrzymanych środków w całości na rzecz funduszu pomocy materialnej”

Zobowiązuję się powiadomić Uczelnię o wszystkich zmianach w dochodach i składzie mojej rodziny w terminie do 14 dni od zaistnienia zdarzenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku o świadczenia pomocy materialnej (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018.1000 z późn. zm.) *z późn. zm.)*

…………………….. dnia …………….......……..

......................……………………….………………………

*własnoręczny, czytelny podpis studenta*

**4.** **Dochody rodziny studenta**: *(wypełnia pracownik).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. |  | **Dochód roczny** | | | |
|  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| **Suma dochód roczny:** | | | | |  |
| Dochód miesięczny w rodzinie: | | | | |  |
| Kwota zobowiązań świadczonych dla osób spoza rodziny lub instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie: | | | | |  |
| Kwota dochodu uzyskanego: | | | | |  |
| Dochód miesięczny rodziny po odliczeniu/doliczeniu uzyskanego dochodu: | | | | |  |
| Liczba osób w rodzinie: | | | | |  |
| **Dochód miesięczny netto na osobę w gospodarstwie domowym:** | | | | |  |

…………………………………………………………

*Data, pieczęć i podpis pracownika*

**□ Przyznaję świadczenia w semestrze zimowym 20…/…** od miesiąca ...........................................................................................

**□ Nie przyznaję świadczeń w semestrze zimowym 20…/…** od miesiąca ......................................................................................

**□** **Zmieniam wysokość świadczeń w semestrze zimowym 20…/…** od miesiąca ..........................................................................

…………………………………………………………

***Dla studentów z zaliczeniem semestralnym*** *Pieczęć i podpis przewodniczącego Komisji*

**□ Przyznaję świadczenia w semestrze letnim 20…/…** od miesiąca .................................................................................................

**□ Nie przyznaję świadczeń w semestrze letnim 20…/…** od miesiąca ............................................................................................

**□** **Zmieniam wysokość świadczeń w semestrze letnim 20…/…** od miesiąca ................................................................................

…………………………………………………………

***Dla studentów z zaliczeniem semestralnym*** *Pieczęć i podpis przewodniczącego Komisji*