



**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY MATERIALNEJ
NA ROK AKADEMICKI/.....**

W FORMIE:

- stypendium socjalnego
 dodatku do stypendium socjalnego

UWAGA: wypełniać drukowanymi literami

Imię i nazwisko	
Wydział	
Kierunek studiów	
Numer albumu	
Rok studiów (w roku akademickim)	(...../.....)
Semestr	
Tryb studiów	<input type="checkbox"/> stacjonarne <input type="checkbox"/> niestacjonarne
Data i miejsce urodzenia	
PESEL	
Adres stałego zameldowania	
Adres do korespondencji	
Telefon kontaktowy	

1. Oświadczam, że nie będę pobierał/a stypendium socjalnego na innym kierunku w Wyższej Szkole Medycznej w Kłodzku lub na innej uczelni.
2. Świadomy/a odpowiedzialności karnej, cywilno- prawnej i dyscyplinarnej za podawanie nieprawidłowych danych, oświadczam, że podane przeze mnie we wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym.
3. Zapoznałem/am się z regulaminem świadczeń dla studentów Wyższej Szkoły Medycznej w Kłodzku.

Rodzina skład się z niżej wymienionych osób:

Lp.	Imię i Nazwisko	Rok urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Miejsce zatrudnienia/ nauki* ¹	Roczny dochód netto* ²
1. Roczny dochód rodziny.					
2. Łączna kwota (za rok poprzedni) alimentów płaconych na rzecz innych osób nie będących we wspólnym gospodarstwie domowym.					
3. Łączna kwota (za rok poprzedni) opłat poniesionych z tytułu przebywania członka rodziny w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie.					
4. Miesięczny dochód rodziny (pkt 1-pkt 2-pkt 3): 12 miesięcy.					
5. Miesięczny (za rok poprzedni) dochód utracony.					
6. Miesięczny (w roku bieżącym) dochód uzyskany.					
7. Miesięczny dochód rodziny (pkt 4-pkt 5+pkt 6).					
8. Miesięczny dochód rodziny w przeliczeniu na osobę (pkt 7:liczba osób w rodzinie).					

*¹ źródło dochodu

*² dochód netto = dochód-podatek należny - składki na ubezpieczenie zdrowotne - składki na ubezpieczanie społeczne (obliczy na podstawie zaświadczenia z Urzędu Skarbowego).

Zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Wyższej Szkoły Medycznej w Kłodzku o zmianach w sytuacji mojej rodziny.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przesyłanie korespondencji za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2001 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2019 r. poz. 123), w związku ze złożeniem wniosku.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisem art. 6 ust. 1 lit. a) RODO oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. poz. 1000), w celu realizacji procesu przyznawania świadczeń dla studentów WSM w Kłodzku.

Administratorem danych osobowych podanych we wniosku jest Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku.

Kłodzko, dnia

.....
(podpis studenta)