

\*  *niepotrzebne skreślić*      *właściwe pole zaznaczyć stawiając znak X*

**Wniosek  
do Wydziałowej Komisji Stypendialnej / Komisji Stypendialnej\*  
o przyznanie świadczeń  
w semestrze zimowym / semestrze letnim\*  
w roku akademickim 2019/2020**

Potwierdzenie przyjęcia dokumentów przez DSSS

Nazwisko studenta / doktoranta*:		Imiona studenta / doktoranta*:	
Imiona rodziców:		Nr albumu:	
Wydział: <input type="checkbox"/> Wydział Lekarsko-Dentystyczny <input type="checkbox"/> Wydział Nauk o Zdrowiu <input type="checkbox"/> Wydział Lekarski <input type="checkbox"/> Wydział Farmaceutyczny			
Kierunek studiów:		Rok studiów:	
Forma studiów: <input type="checkbox"/> stacjonarne <input type="checkbox"/> niestacjonarne	Rodzaj studiów: <input type="checkbox"/> I stopnia <input type="checkbox"/> II stopnia	<input type="checkbox"/> jednolite magisterskie <input type="checkbox"/> doktoranckie	
Adres stałego zamieszkania:  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... kod pocztowy                      miejscowość                      ulica, numer domu/mieszkania, województwo		Tel. kontaktowy: ..... ..... .....	
Adres do korespondencji:  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... kod pocztowy                      miejscowość                      ulica, numer domu/mieszkania, województwo		(wypełnić, jeżeli jest różny od adresu stałego zamieszkania) Adres e-mail: ..... ..... .....	

**Wnoszę o przyznanie:**

**stypendium socjalnego**

**stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości ze względu na szczególnie uzasadniony przypadek:**

ponoszenia kosztów zamieszkania:      w domu studenckim      na stacji

braku dochodów i osób zobowiązanych do alimentacji oraz braku renty rodzinnej po rodzicach

sytuacji materialnej wychowanków domu dziecka lub osób, które osiągnęły pełnoletność, przebywając w pieczy zastępczej

**stypendium dla osób niepełnosprawnych** - .....

(termin ważności orzeczenia o niepełnosprawności)

stopień niepełnosprawności:  znaczny      umiarkowany      lekki;                      rodzaj orzeczenia:  prawomocne

nieprawomocne

Proszę o przekazywanie przyznanych świadczeń pieniężnych na moje konto:

Nazwa i adres banku																															
Nr rachunku wnioskodawcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Potwierdzenie wydania / wysłania wezwania  
do uzupełnienia dokumentacji

data

podpis pracownika DSSS

**I. Skład rodziny studenta / doktoranta\* pozostającej we wspólnym gospodarstwie domowym:**

Lp.	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Aktualne miejsce zatrudnienia – nauki (nazwa, adres zakładu pracy, stanowisko lub inne źródła dochodu, rodzaj działalności gospodarczej)
1.			Wnioskodawca	Student / doktorant * UM w Lublinie
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

**II. W załączeniu przedkładam następujące dokumenty, potwierdzające dane zawarte w pkt I.:**

1. .... 7. ....
2. .... 8. ....
3. .... 9. ....
4. .... 10. ....
5. .... 11. ....
6. .... 12. ....

**III. Uwagi / wyliczenia DSSS:**

**IV. Dochody rodziny studenta / doktoranta:**

Lp.	Stopień pokrewieństwa – rodzaj dochodu	Dochód roczny w zł (netto)	Dochód miesięczny w zł (netto)	
			.....	
1.	Ojciec -			
2.	Matka -			
3.				
4.				
5.				
6.				
7.	<b>Odliczenia od dochodu</b>			
8.	<b>Ogółem roczny dochód rodziny</b>			
9.	<b>Ogółem dochód miesięczny    liczba osób w gospodarstwie domowym</b>			
10.	<b>Dochód miesięczny na osobę</b>			
11.	<b>Data i podpis pracownika DSSS</b>			

**V. Dochód rodziny studenta / doktoranta po utracie / uzyskaniu dochodu lub zmianie liczby członków rodziny:**

Lp.	Stopień pokrewieństwa – rodzaj dochodu	Dochód miesięczny w zł (netto)		Dochód miesięczny w zł (netto)	
		zmiana od ..... w poz. ....		zmiana od ..... w poz. ....	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.	<b>Odliczenia od dochodu</b>				
8.	<b>Ogółem roczny dochód rodziny</b>				
9.	<b>Ogółem dochód miesięczny    liczba osób w gospodarstwie domowym</b>				
10.	<b>Dochód miesięczny na osobę</b>				
11.	<b>Data i podpis pracownika DSSS</b>				

## VI. Oświadczenia:

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji zgodnie z art. 233 § 1 k.k. („kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”), odpowiedzialności na podstawie art. 286 § 1 k.k. („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 cywilnej i dyscyplinarnej oświadczam, że:

- podane przeze mnie dane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym,
- przedłożone przeze mnie zaświadczenia (oświadczenia) dokumentują wszystkie dochody członków mojej rodziny, które zobowiązany/a byłam/am wykazać we wniosku,
- zapoznałem/am się z zasadami przyznawania świadczeń określonymi w *Regulaminie świadczeń UM w Lublinie*, w tym okolicznościami, które wykluczają uprawnienia do tej pomocy,
- zgodnie z przepisami prawa powszechnego, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. Rozporządzenie Ogólne o Ochronie Danych/RODO) przekazuję swoje dane osobowe w celu i zakresie niezbędnym do przyznania świadczeń przez Uniwersytet Medyczny w Lublinie z siedzibą przy Al. Raławickich 1, 20-059 Lublin, o które się ubiegam. Moje dane będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa. Posiadam wiedzę, iż podanie danych osobowych jest dobrowolne aczkolwiek konieczne w celu wnioskowania o przyznanie świadczenia, mam prawo żądania dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz przenoszenia danych, a – w przypadkach przewidzianych prawem - usunięcia danych i sprzeciwu wobec ich przetwarzania, przy czym moje żądanie będzie skuteczne od dnia jego złożenia i nie będzie miało wpływu na legalność przetwarzania danych do dnia żądania usunięcia/sprzeciwu, mam również prawo złożyć skargę do organu nadzorczego. Dane nie będą przedmiotem sprzedaży i udostępniania podmiotom zewnętrznym, za wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa. Dane będą dostępne jedynie w stosunku do osób upoważnionych zobowiązanych do ich ochrony i zabezpieczenia oraz podmiotów, z którymi Uniwersytet zawarł stosowną umowę, np. w związku ze świadczeniem usług w zakresie IT, czy ochrony obiektów. Dane nie będą wykorzystywane w żadnym innym celu poza wskazanymi powyżej, nie będą w oparciu o nie podejmowane jakiejkolwiek decyzje w sposób zautomatyzowany. Dane będą przetwarzane w celu i okresie archiwizacji dokumentacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i procedurami obowiązującymi w Uniwersytecie, a także w celu, zakresie i okresach niezbędnych do dochodzenia ewentualnych roszczeń.

Administrator danych osobowych powołał Inspektora Ochrony Danych nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którym można skontaktować się pod adresem: [iod@umlub.pl](mailto:iod@umlub.pl)

Ponadto wyrażam zgodę na:

- zmianę decyzji w przypadku utraty lub uzyskania dochodu oraz zmiany liczby członków rodziny,
- zmianę decyzji w przypadku utraty lub uzyskania uprawnień do stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości.

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*\* na publikację moich danych osobowych w zakresie numeru albumu na listach informujących o postępowaniu stypendialnym oraz o wynikach prac komisji stypendialnych.**

\*\* *niewłaściwe skreślić*

<b>Jednocześnie oświadczam, że:</b>					
- dodatkowo studiuję:	<input type="checkbox"/> tak	.....			
	<input type="checkbox"/> nie	(podać nazwę uczelni oraz rok, kierunek)			
- ukończyłem/am studia:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> I stopnia	<input type="checkbox"/> II stopnia	<input type="checkbox"/> jednolite magisterskie	<input type="checkbox"/> doktoranckie
		.....			
	<input type="checkbox"/> nie	(podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, datę ukończenia)			
		.....			
- studiowałem/am, ale nie ukończyłem/am studiów:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> I stopnia	<input type="checkbox"/> II stopnia	<input type="checkbox"/> jednolite magisterskie	<input type="checkbox"/> doktoranckie
		.....			
	<input type="checkbox"/> nie	(podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, datę ukończenia)			
		.....			
- studiowałem/am, ale nie ukończyłem/am studiów:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> I stopnia	<input type="checkbox"/> II stopnia	<input type="checkbox"/> jednolite magisterskie	<input type="checkbox"/> doktoranckie
	<input type="checkbox"/> nie	.....			
(podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, okres studiowania)					

**Ja niżej podpisany/a, świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań z art. 233 § 1 Kodeksu karnego, który przewiduje karę pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, niniejszym oświadczam, że:**

pobieram                       nie pobieram

**Świadczenia na innej uczelni lub innym kierunku studiów, a w przypadku uzyskania świadczenia na innej uczelni lub innym kierunku studiów zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania DSSS o tym fakcie.**

-----  
miejsowość, data

-----  
czytelny podpis studenta / doktoranta\*