

Data wyływu na WSPA (wypełnia pracownik WSPA)

.....

....., dn.....

### Wniosek o ponowne przeliczenie dochodu i ustalenie uprawnień do świadczeń na WSPA

I. PROSZĘ O PONOWNE USTALENIE ŚWIADCZENIA W POSTACI

– wypełnia wnioskodawca

- Stypendium socjalnego  
 Stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości

II. DANE WNIOSKODAWCY

– wypełnia wnioskodawca

Nazwisko i imię \_\_\_\_\_

Data i miejsce urodzenia   -   -     \_\_\_\_\_

PESEL

Telefon \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Obywatelstwo \_\_\_\_\_

Przyjęcie i odbywanie studiów (wypełniają studenci-cudzoziemcy, którzy podjęli studia przed 1 X 2019 r.):

na zasadach obowiązujących obywateli polskich

na innych zasadach niż obywatele polscy

- Student na studiach:  stacjonarnych  I stopnia  
 niestacjonarnych  II stopnia, data obrony na I stopniu.....  
 jednolite magisterskie

Kierunek studiów \_\_\_\_\_

Rok studiów \_\_\_\_\_

Semestr \_\_\_\_\_

Nr albumu \_\_\_\_\_

Filia w Wodzisławiu Śląskim  TAK  NIE

Adres stałego zameldowania: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adres do korespondencji \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Proszę o przekazanie świadczeń pieniężnych na konto:

Nazwa banku: \_\_\_\_\_

Nr konta:  -  -  -  -  -  -

Imię i nazwisko posiadacza rachunku bankowego (Uwaga posiadaczem konta może być student lub najbliższy członek jego rodziny!)

**Informuję, iż:**

<b>studiuję dodatkowo na innym kierunku/ kierunkach:</b>	<p style="text-align: center;"><b>TAK</b></p> <input type="checkbox"/> I stopnia <input type="checkbox"/> II stopnia <input type="checkbox"/> jednolite magisterskie <input type="checkbox"/> doktoranckie ..... (podać lata)	<input type="checkbox"/> <b>NIE</b>
<b>ukończyłem/-am już studia:</b>	<p style="text-align: center;"><b>TAK</b></p> ..... (podać lata) <input type="checkbox"/> Posiadam tytuł..... <input type="checkbox"/> Nie posiadam tytułu mgr/lic/inż. lub równorzędnego	<input type="checkbox"/> <b>NIE</b>
<b>studiowałam/em już na (dotyczy osób które nie ukończyły studiów, bądź nie uzyskały tytułu):</b>	<p style="text-align: center;"><b>TAK</b></p> <input type="checkbox"/> I stopnia <input type="checkbox"/> II stopnia <input type="checkbox"/> jednolite magisterskie <input type="checkbox"/> doktoranckie ..... (podać lata)	<input type="checkbox"/> <b>NIE</b>

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą, oraz że jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

\_\_\_\_\_  
(Miejscowość, data)

\_\_\_\_\_  
(Czytelny podpis studenta)

## III. PROSZĘ O PONOWNE USTALENIE UPRAWNIEN DO ŚWIADCZEŃ W ZWIĄZKU

– wypełnia wnioskodawca

 ze zmianą liczby członków mojej rodziny z powodu

- urodzenia \_\_\_\_\_
- śmierci \_\_\_\_\_
- ukończenia 26 lat przez \_\_\_\_\_
- inne \_\_\_\_\_

 z uzyskaniem dochodu przez (wpisać imię i nazwisko osoby):

---

---

---

 z utratą dochodu przez (wpisać imię i nazwisko osoby):

---

---

---

 inne

---

---

---

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą oraz że jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

---

(Miejscowość, data)

---

(Czytelny podpis studenta)

## UZASADNIENIE:

---



---



---



---



---

Miejscowość, data \_\_\_\_\_

Czytelny podpis studenta \_\_\_\_\_

## IV. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji - art. 233 § 1 kk („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 kk („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,
- zobowiązuję się do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń.

Miejscowość, data \_\_\_\_\_

Czytelny podpis studenta \_\_\_\_\_

- Wyrażam zgodę na otrzymanie informacji o decyzji w formie elektronicznej, na adres mailowy wskazany we wniosku stypendialnym.

 TAK NIE

Miejscowość, data \_\_\_\_\_

Czytelny podpis studenta \_\_\_\_\_

- Oświadczam, iż zapoznałam/em się z zasadami przyznawania świadczeń określonymi w Regulaminie świadczeń dla studentów WSPA w Lublinie oraz z odpowiednimi załącznikami do wyżej wymienionego Regulaminu, w tym z okolicznościami, które wykluczają uprawnienia do uzyskania świadczenia.

Miejscowość, data \_\_\_\_\_

Czytelny podpis studenta \_\_\_\_\_

- Oświadczam, iż  pobieram/  nie pobieram świadczenia na innej uczelni lub innym kierunku, a w przypadku uzyskania świadczenia na innej uczelni/kierunku zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Działu Rozliczeń Finansowych oraz zwrotu nienależnie pobranych świadczeń.

Miejscowość, data \_\_\_\_\_

Czytelny podpis studenta \_\_\_\_\_

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb uczelni.

Miejscowość, data \_\_\_\_\_

Czytelny podpis studenta \_\_\_\_\_