

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.	Odliczenia od dochodu			
8.	Ogółem roczny dochód rodziny			
9.	Ogółem dochód miesięczny liczba osób w gospodarstwie domowym			
10.	Dochód miesięczny na osobę			
11.	Data i podpis pracownika DSSS			

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.	Odliczenia od dochodu				
8.	Ogółem roczny dochód rodziny				
9.	Ogółem dochód miesięczny liczba osób w gospodarstwie domowym				
10.	Dochód miesięczny na osobę				
11.	Data i podpis pracownika DSSS				

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 byłem/am wykazać we wniosku,
- zapoznałem/am się z zasadami przyznawania pomocy materialnej określonymi w *Regulaminie przyznawania pomocy materialnej dla studentów i doktorantów 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. Raclawickich 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 jakiegokolwiek 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: abi@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 z tytułu zamieszkania w domu studenckim lub w obiekcie innym niż dom studencki,
- publikację moich danych osobowych w zakresie numeru albumu na listach informujących o postępowaniu stypendialnym oraz o wynikach prac komisji stypendialnych.**

** w przypadku braku zgody skreślić

Jednocześnie oświadczam, że:			
- dodatkowo studiuję:	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie (podać nazwę uczelni oraz rok, kierunek)	
- ukończyłem/am studia:	I stopnia	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie (podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, datę ukończenia)
	II stopnia	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie (podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, datę ukończenia)
	jednolite magisterskie	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie (podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, datę ukończenia)
	doktoranckie	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie (podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, datę ukończenia)
- po ukończeniu studiów I stopnia, studiowałem/am, ale nie ukończyłem /am studiów	II stopnia	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie (podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, okres pobierania pomocy materialnej potwierdzony zaświadczeniem z innej Uczelni)
	jednolite magisterskie	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie (podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, okres pobierania pomocy materialnej potwierdzony zaświadczeniem z innej Uczelni)

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis studenta / doktoranta*

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 pomocy materialnej 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*