

**WNIOSEK**  
**do Wydziałowej Komisji Stypendialnej / Komisji Stypendialnej\***  
**o ponowne przeliczenie dochodu w roku akademickim 2018/2019**

Potwierdzenie przyjęcia dokumentów przez DSSS

Nazwisko studenta / doktoranta*:	Imiona studenta / doktoranta*:	Nr albumu:
Wydział: <input type="checkbox"/> I Wydział Lekarski z Oddz. Stomatologicznym <input type="checkbox"/> Wydział Nauk o Zdrowiu <input type="checkbox"/> II Wydział Lekarski z Oddz. Anglojęzycznym <input type="checkbox"/> Wydział Farmaceutyczny z Oddz. Analityki Medycznej		
Kierunek studiów:		Rok studiów:
Forma studiów: <input type="checkbox"/> stacjonarne <input type="checkbox"/> niestacjonarne	Rodzaj studiów: <input type="checkbox"/> I stopnia <input type="checkbox"/> jednolite magisterskie <input type="checkbox"/> II stopnia <input type="checkbox"/> doktoranckie	
* <i>niepotrzebne skreślić</i> <input type="checkbox"/> <i>właściwe pole zaznaczyć stawiając znak X</i>		

**Wnoszę o ponowne ustalenie uprawnień do pomocy materialnej w formie:**

- stypendium socjalnego**  **stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości**

w związku:

1.  **z utratą dochodu** <sup>1</sup> od ..... przez .....  
(podać imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa)
2.  **z uzyskaniem dochodu** <sup>2</sup> od ..... przez .....  
(podać imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa)
3.  **ze zmianą składu rodziny** od ..... z powodu <sup>3</sup> .....  
(podać imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa)

co dokumentuję następującymi załącznikami:

.....

.....

.....

.....

**Z powodu oczekiwania na zaświadczenie dotyczące uzyskania dochodu netto za miesiąc ....., wnioskuję o wstrzymanie wypłaty**

- tak*  *nie dotyczy*

**Jednocześnie zobowiązuję się dostarczyć zaświadczenie o dochodzie netto za miesiąc ..... w terminie do .....**

Ad.1 Należy dołączyć dokumenty określające datę utraty dochodu oraz miesięczną wysokość utraconego dochodu

Ad.2 Należy dostarczyć dokument określający wysokość dochodu uzyskanego przez członka rodziny w poszczególnych miesiącach, za które dochód był osiągnany

Ad.3 Należy podać przyczynę powodującą zmianę składu rodziny (m.in. zgon, urodzenie, ukończenie 26 roku życia, inne)

Potwierdzenie wydania / wysłania wezwania do uzupełnienia dokumentacji	data
	podpis pracownika DSSS

<sup>1</sup><sup>2</sup><sup>3</sup> Zgodnie z ustawą z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych art. 3 pkt 23, 24 i art. 25 ust. 1 (t. j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1952, ze zm.)

**Hlekoć w ustawie jest mowa o:**

**23) utracie dochodu – oznacza to utratę dochodu spowodowaną:**

- ✓ uzyskaniem prawa do urlopu wychowawczego,
- ✓ utratą zasiłku lub stypendium dla bezrobotnych,
- ✓ utratą zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- ✓ utratą zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, a także emerytury lub renty, renty rodzinnej lub renty socjalnej,
- ✓ wykreślenie z rejestru pozarolniczej działalności gospodarczej lub zawieszenie jej wykonywania w rozumieniu art. 16b ustawy *o ubezpieczeniu społecznym rolników* lub art. 36aa ust. 1 ustawy *o systemie ubezpieczeń społecznych*,
- ✓ utratą zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku macierzyńskiego, przysługujących po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- ✓ utratą zasądzonych świadczeń alimentacyjnych w związku ze śmiercią osoby zobowiązanej do tych świadczeń lub utratą świadczeń pieniężnych wypłacanych w przypadku bezskuteczności egzekucji alimentów w związku ze śmiercią osoby zobowiązanej do świadczeń alimentacyjnych,
- ✓ utratą świadczenia rodzicielskiego,
- ✓ utratą zasiłku macierzyńskiego, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników,
- ✓ utrata stypendium doktoranckiego określonego w art. 200 ust. 1 ustawy *Prawo szkolnictwie wyższym*.

**24) uzyskaniu dochodu – oznacza to uzyskanie dochodu spowodowane:**

- ✓ zakończeniem urlopu wychowawczego,
- ✓ uzyskaniem zasiłku lub stypendium dla bezrobotnych,
- ✓ uzyskaniem zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- ✓ uzyskaniem zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, a także emerytury lub renty, renty rodzinnej lub renty socjalnej,
- ✓ rozpoczęcie pozarolniczej działalności gospodarczej lub wznowieniem jej wykonywania po okresie zawieszenia w rozumieniu art. 16b *o ubezpieczeniu społecznym rolników* lub art. 36aa ust. 1 ustawy *o systemie ubezpieczeń społecznych*,
- ✓ uzyskaniem zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku macierzyńskiego, przysługujących po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- ✓ uzyskaniem świadczenia rodzicielskiego,
- ✓ uzyskaniem zasiłku macierzyńskiego, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników,
- ✓ uzyskanie stypendium doktoranckiego określonego w art. 200 ust. 1 ustawy *Prawo szkolnictwie wyższym*.

**art. 25 wystąpienie zmian w liczbie członków rodziny**

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji - 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](mailto:abi@umlub.pl)

Ponadto wyrażam zgodę na:

– zmianę decyzji w przypadku utraty lub uzyskania dochodu oraz zmiany liczby członków rodziny,  
– 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

-----  
miejsowość, data

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

Zobowiązuję się do zwrotu nienależnie pobranego stypendium w kwocie ..... w terminie do .....

-----  
miejsowość, data

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