

4.								
5.								

- | | |
|--|----------|
| 1. Zaświadczenie z US – szt | 6. |
| 2. Zaświadczenie z UG – szt | 7. |
| 3. Zaświadczenie ze szkół – szt | 8. |
| 4. Oświadczenie o dochodach nieopodkow | 9. |
| 5. | 11. |

I. UTRATA DOCHODU

imię i nazwisko	Rodzaj dochodu utraconego	Kwota dochodu utraconego w roku bazowym 2024– (cały dochód z 2024)*	Kwota dochodu utraconego po roku bazowym w 2025(cały dochód z 2024)*	Dokument potwierdzający utratę dochodu	Data powstania zmiany
1.					
2.					

II. UZYSKANIE DOCHODU - w roku kalendarzowym poprzedzającym rok akademicki, w którym student ubiega się o stypendium socjalne -2024

imię i nazwisko	stopień pokrewieństwa	Dokument potwierdzający uzyskanie dochodu	Data powstania dochodu	Dochód uzyskany w roku bazowym – 2024**			Dochód uzyskany po roku bazowym – w 2025***	
				Kwota dochodu uzyskanego w roku bazowym -2024	Liczba miesięcy uzyskiwania dochodu	Miesięczny dochód uzyskany	Kwota dochodu uzyskanego w 2025	Miesięczny dochód uzyskany (za miesiąc następujący po miesiącu, w którym nastąpiło uzyskanie dochodu)
1.								
2.								

OŚWIADCZENIE

Ponadto oświadczam, że (zaznaczyć X jeśli jest prawdziwe):

1. W związku z art. 93 ust. 2 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce

- Wniosek o stypendium socjalne dla studentów składam na jednym kierunku studiów;
- Wniosek o stypendium socjalne dla studentów składam na więcej niż jednym kierunku studiów.

2. W związku z art. 447 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce

- Jestem** kandydatem na żołnierza zawodowego lub żołnierzem zawodowym, który podjął studia na podstawie skierowania przez właściwy organ wojskowy i otrzymuje pomoc w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych;
- Nie jestem** kandydatem na żołnierza zawodowego lub żołnierzem zawodowym, który podjął studia na podstawie skierowania przez właściwy organ wojskowy i otrzymuje pomoc w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych;
- Jestem** funkcjonariuszem służb państwowych w służbie kandydackiej albo funkcjonariuszem służb państwowych, który podjął studia na podstawie skierowania lub zgody właściwego przełożonego i otrzymuje pomoc w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie;
- Nie jestem** funkcjonariuszem służb państwowych w służbie kandydackiej albo funkcjonariuszem służb państwowych, który podjął studia na podstawie skierowania lub zgody właściwego przełożonego i otrzymuje pomoc w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie;

OŚWIADCZENIE O STUDIACH

1. W związku z art. 93 ust. 3 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce

- posiadam** tytuł zawodowy magistra, magistra inżyniera albo równorzędny (dotyczy również tytułów zawodowych uzyskanych zagranicą),
- posiadam** tytuł zawodowy licencjata, inżyniera albo równorzędny (dotyczy również tytułów zawodowych uzyskanych zagranicą),
- nie posiadam** tytułu zawodowego magistra, magistra inżyniera albo równorzędnego (dotyczy również tytułów zawodowych uzyskanych zagranicą),
- nie posiadam** tytułu zawodowego licencjata, inżyniera albo równorzędnego (dotyczy również tytułów zawodowych uzyskanych zagranicą),

Świadomy/świadoma, ograniczenia pobierania świadczeń wynikających z art. 93 ust.4-8 ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oświadczam, że:

- Studia, na których składałam wnioszek o stypendium są moimi pierwszymi studiami. Liczba odbytych/rozpoczętych semestrów wynosi;
- Studia, na których składałam wnioszek o stypendium **nie są** moimi pierwszymi studiami. Odbywałam/odbywam studia w okresach wymienionych poniżej (z uwzględnieniem aktualnych studiów) – wypełniamy poniższą tabelkę:

Lp.	Uczelnia, kierunek	Studia I stopnia/ II stopnia/ jednolite mgr	Początek studiów		Koniec studiów <i>(w związku z uzyskaniem dyplomu lub skreśleniem z listy studentów)</i>		Studia ukończone dyplomem (TAK/NIE)	Liczba rozpoczętych/odbytych semestrów <i>(nie wlicza się aktualnego semestru, na którym student ubiega się o stypendium)</i>
			semestr (L-letni, Z-zimowy)	rok akademicki	semestr (L-letni, Z-zimowy)	rok akademicki		
1.	Aktualne studia: Wyższa Szkoła Medyczna – kierunek jw							
2.								
3.								
4.								

Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis studenta

Pouczenie

Świadczenia, o których mowa w §1 ust. Regulaminu świadczeń dla studentów WSMED przysługują na studiach pierwszego i drugiego stopnia. Łączny okres, przez który przysługują, wynosi 12 semestrów, bez względu na ich pobieranie przez studenta, z zastrzeżeniem, że w ramach tego okresu świadczenia przysługują na studiach:

1) pierwszego stopnia – nie dłużej niż przez 9 semestrów; 2) drugiego stopnia – nie dłużej niż przez 7 semestrów.

Do okresu, o którym mowa powyżej, wlicza się wszystkie rozpoczęte przez studenta semestry na studiach pierwszego stopnia, drugiego stopnia i jednolitych magisterskich, w tym semestry przypadające w okresie korzystania z urlopów, o których mowa w art. 85 ust. 1 pkt 3 ustawy PoSWiN, z wyjątkiem semestrów na kolejnych studiach pierwszego stopnia rozpoczętych lub kontynuowanych po uzyskaniu pierwszego tytułu zawodowego licencjata, inżyniera albo równorzędnego. W przypadku kształcenia się na kilku kierunkach studiów semestry odbywane równocześnie traktuje się jako jeden semestr. W przypadku gdy niepełnosprawność powstała w trakcie studiów lub po uzyskaniu tytułu zawodowego stypendium dla osób niepełnosprawnych przysługuje przez dodatkowy okres 12 semestrów. Powyższe dotyczy studiów zarówno w kraju jak i za granicą.

**Klauzula informacyjna studentki
w ramach przyznawania świadczeń pomocy materialnej**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych) informuję, iż:

1. administratorem Pana/Pani danych osobowych jest **Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku, ul. Krakowska 9 ,15-875 Białystok**
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - inspektor@ochronadanych.hub.pl

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przyznawania świadczeń pomocy materialnej na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz w przypadku stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych i zapomogi dodatkowo na podstawie Art. 9 ust. 2 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji świadczenia usług edukacyjnych, a po tym czasie przez okres wymagany przepisami prawa. W przypadku danych zbieranych na podstawie Pani/Pana udzielonej zgody do czasu jej wycofania.
5. odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą osoby oraz podmioty (Procesorzy) wykonujący pracę na rzecz Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku, w zakresie związanym z świadczeniem usług edukacyjnych oraz organom władzy publicznej w zakresie i celu wynikającym z przepisów prawa w tym firma Info-Logic, współpracująca z Uczelnią na podstawie umowy, komisja stypendialna i komisja odwoławcza
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej;
7. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu;
8. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;

....., dnia.....

.....

(podpis studenta)

WYPEŁNIA Członek Komisji Stypendialnej lub osoba upoważniona przez KS

Potwierdzam kompletność wymaganych zaświadczeń o dochodach.

....., dnia

.....
(pieczęć i podpis pracownika)

Dodatkowe adnotacje:

1. Wezwanie do uzupełnienia dokumentów wysłano w dniu..... na adres

Decyzja Komisji Stypendialnej:

Miesięczny dochód w rodzinie studenta – wnioskodawcy wynosi:zł.

Przyznaję stypendium socjalne w wysokości zł

Przyznaję stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości z tytułu w wysokościzł

Białystok, dnia.....