



4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									

**Do wniosku dołączam następujące załączniki:**

- |   |          |
|---|----------|
| 1. Zaświadczenie z US – szt .....       | 7.....   |
| 2. Zaświadczenie z ZUS/KRUS - szt.....  | 8 .....  |
| 3. Zaświadczenie z UG – szt .....       | 9 .....  |
| 4. Zaświadczenie ze szkół – szt. ....   | 10. .... |
| 5. Oświadczenie o dochodach nieopodkow. | 11. .... |
| 6. ....                                 | 12. .... |

**I. UTRATA DOCHODU**

imię i nazwisko	Rodzaj dochodu utraconego	Kwota dochodu utraconego w roku bazowym 2019– (cały dochód z 2019)*	Kwota dochodu utraconego po roku bazowym w 2020(cały dochód z 2019)*	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 -2020

imię i nazwisko	stopień pokrewieństwa	Dokument potwierdzający uzyskanie dochodu	Data powstania dochodu	Dochód uzyskany w roku bazowym – 2019**			Dochód uzyskany po roku bazowym -2019***	
				Kwota dochodu uzyskanego w roku bazowym -2019	Liczba miesięcy uzyskiwania dochodu	Miesięczny dochód uzyskany	Kwota dochodu uzyskanego	Miesięczny dochód uzyskany (za miesiąc następujący po miesiącu, w którym nastąpiło uzyskanie dochodu)
1.								
2.								

**OŚWIADCZENIE**

Zapoznałam/em się treścią art. Art. 93 Ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce i **oświadczam, że nie pobieram świadczeń na więcej niż na ww. kierunku** (§93 ust. 1 – ustawa Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce)

- **jestem/ nie jestem** absolwentem/tą innego kierunku studiów (w przypadku odpowiedzi pozytywnej wypełnij poniższą tabelkę)

Absolwent	Nazwa uczelni	Kierunek	Rok ukończenia
Studia I stopnia			
Studia II stopnia			
Studia jednolite mgr lub równorzędne			

**Jestem , byłem/am studentem/tką innego kierunku studiów.**

Oświadczam, że od ukończenia szkoły średniej odbywałem/am – nie odbywałem/am naukę na studiach wyższych (w tym na innej uczelni)

Nazwa uczelni	kierunek	dzień, miesiąc i rok odbywania studiów	
		od	do

- Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem świadczeń dla studentów.
- Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 286 § 1 Kodeksu karnego - „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 o odpowiedzialności dyscyplinarnej, o której mowa w art. 307 ust. 1 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.
- Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości obowiązek zwrotu świadczeń nienależnie pobranych, tzn.:
  - otrzymanych na podstawie nieprawdziwych danych
  - otrzymanych ze względu na brak powiadomienia dziekanatu lub Komisji Stypendialnej o każdej zmianie sytuacji materialnej rodziny, mającej wpływ na wysokość świadczeń.

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

.....

( podpis studenta)

**Klauzula informacyjna studenta  
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 - **iod@conet.net.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 wysokości .....zł

**Białystok, dnia.....**