

.....(miasto), dnia .....

## WNIOSEK O PONOWNĄ WERYFIKACJĘ UPRAWNIEN DO STYPENDIUM SOCJALNEGO II/ LUB JEGO ZWIĘKSZENIA

Imię i Nazwisko : .....

Nr albumu:..... Rok studiów:.....Kierunek:.....

Forma kształcenia: I stopnia, II stopnia, jednolite studia magisterskie

Forma studiów: stacjonarne, niestacjonarne,

Adres do korespondencji:.....

Telefon:.....

E-mail:.....

Wnioskuję o ponowne przeliczenie dochodu, który był podstawą do przyznania stypendium socjalnego w roku akademickim 20..../20...., ze względu na zmianę sytuacji dochodowej, rodzinnej:

☐ utratę dochodu przez członka mojej rodziny

.....

(podać imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa)

w wysokości..... zł

☐ uzyskanie dochodu przez członka mojej rodziny

.....

(podać imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa)

w wysokości..... zł,

Z powodu

☐ urodzenie dziecka,

☐ śmierć członka rodziny,

☐ sieroctwo,

☐ inne szczególnie uzasadnione okoliczności:.....

.....

.....

Dodatkowe informacje:

.....

.....

.....

**Skład rodziny żyjącej we wspólnym gospodarstwie domowym:**

| Lp                                                               | IMIĘ I NAZWISKO | POKREWIEŃSTWO | DATA<br>URODZENIA | DZIAŁALNOŚĆ<br>GOSPODARCZA |     | GOSPODARST<br>WO ROLNE |     | DOCHÓD<br>ROCZNY<br>(NETTO)<br><br>WYPEŁNIA<br>PRACOWNIK |
|------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------|-------------------|----------------------------|-----|------------------------|-----|----------------------------------------------------------|
|                                                                  |                 |               |                   | tak                        | nie | tak                    | nie |                                                          |
| 1                                                                |                 | Wnioskodawca  |                   |                            |     |                        |     |                                                          |
| 2                                                                |                 |               |                   |                            |     |                        |     |                                                          |
| 3                                                                |                 |               |                   |                            |     |                        |     |                                                          |
| 4                                                                |                 |               |                   |                            |     |                        |     |                                                          |
| 5                                                                |                 |               |                   |                            |     |                        |     |                                                          |
| 6                                                                |                 |               |                   |                            |     |                        |     |                                                          |
| 7                                                                |                 |               |                   |                            |     |                        |     |                                                          |
| <b>DOCHÓD Z GOSPODARSTWA ROLNEGO ZA OSTATNI ROK</b>              |                 |               |                   |                            |     |                        |     |                                                          |
| <b>WYSOKOŚĆ ALIMENTÓW/ZASIŁKU ALIMENTACYJNEGO ZA OSTATNI ROK</b> |                 |               |                   |                            |     |                        |     |                                                          |
| <b>ROCZNY DOCHÓD RODZINY</b>                                     |                 |               |                   |                            |     |                        |     |                                                          |
| <b>DOCHÓD MIESIĘCZNY NA JEDNEGO CZŁONKA RODZINY</b>              |                 |               |                   |                            |     |                        |     |                                                          |

Oświadczam, że zapoznałem/am się z aktualnym Regulaminem świadczeń Wyższej Szkoły Stosunków Międzynarodowych i Amerykanistyki w Warszawie i ponoszę odpowiedzialność karną za powyższe dane oraz zobowiązuję się do pisemnego poinformowania Uczelni o wszelkich zmianach mogących wpłynąć na świadczenie w terminie do 14 dni od zdarzenia. Uczelnia zastrzega sobie prawo zwrócenia się do właściwych instytucji o sprawdzenie sytuacji materialnej wnioskodawcy w przypadku wykazania dochodów, których wysokość budzi zastrzeżenia.

Jednocześnie oświadczam, iż nie pobieram świadczeń pomocy materialnej na innym kierunku studiów oraz, że nie jestem studentem dłużej niż przez 12 semestrów - do tego okresu wlicza się wszystkie rozpoczęte przez studenta semestry na wszystkich rodzajach studiów, z zastrzeżeniem, że:

- a) na studiach I stopnia okres ten nie może przekroczyć 9 semestrów,
- b) na studiach II stopnia okres ten nie może przekroczyć 7 semestrów,
- c) na studiach jednolitych magisterskich okres ten nie może przekroczyć 12 semestrów.

Oświadczam również, że nie jestem ponownie studentem studiów pierwszego stopnia i nie posiadam tytułu zawodowego licencjata, inżyniera albo równorzędnego oraz że nie posiadam tytułu zawodowego magistra, magistra inżyniera albo równorzędnego.

.....  
**data i podpis Studenta**

Administratorem danych osobowych jest Wyższa Szkoła Stosunków Międzynarodowych i Amerykanistyki w Warszawie. Dane przetwarzane są w celu rozpatrzenia wniosku i przyznania świadczeń pomocy materialnej, zgodnie z ustawą – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz regulaminem świadczeń. Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych i przyjmuję ją do wiadomości.

.....  
**data i podpis Studenta**