

data złożenia wniosku

podpis przyjmującego wniosek

**WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM SOCJALNEGO
W ROKU AKADEMICKIM 2023/2024**

Proszę o przyznanie zgodnie z Regulaminem świadczeń dla studentów Wyższej Szkoły Zdrowia w Gdańsku:

- stypendium socjalnego
- stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości z powodu:
- 1) sieroctwa;
 - 2) niepełnosprawności mojego rodzica lub mojego rodzeństwa uwzględnionego w składzie osobowym mojej rodziny, w stopniu znacznym;
 - 3) zamieszkania przeze mnie w domu studenckim lub obiekcie innym niż dom studencki (jestem studentem studiów stacjonarnych i jestem zameldowany na stałe poza miejscem odbywania studiów).

Część A – wypełnia student

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie stypendium

Imię i nazwisko			
PESEL	Numer albumu	Kierunek studiów	
Tryb studiów: <input type="checkbox"/> stacjonarny <input type="checkbox"/> niestacjonarny	Rodzaj studiów: <input type="checkbox"/> pierwszego stopnia <input type="checkbox"/> drugiego stopnia <input type="checkbox"/> jednolite magisterskie	Rok studiów	Semestr
Adres korespondencyjny studenta			telefon e-mail:

Część B – wypełnia student (tylko w przypadku ubiegania się o stypendium w zwiększonej wysokości z powodu zamieszkania w domu studenckim lub obiekcie innym niż dom studencki)

UZASADNIENIE

adres mojego stałego zamieszkania to:

adres w Gdańsku/okolicach, gdzie obecnie zamieszkuję:

.....
.....

.....
.....

Oświadczam, że odległość od miejsca mojego zamieszkania na pobyt stały - zameldowania do siedziby Wyższej Szkoły Zdrowia wynosi km, a czas dojazdu zajmowałby ok. godz., w związku z czym codzienny dojazd do WSZ utrudniałby mi w znacznym stopniu studiowanie, co powoduje konieczność zamieszkania przeze mnie w pokoju / mieszkaniu * w Gdańsku / okolicach*.

.....
data i podpis studenta

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

- zaświadczenie Urzędu Skarbowego o dochodach podlegających opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych na zasadach ogólnych - szt.,
- zaświadczenie Urzędu Skarbowego o przychodach wolnych od podatku dla osób do 26 roku życia - szt.
- zaświadczenie o wysokości składek na ubezpieczenie zdrowotne - szt.,
- oświadczenie o dochodzie niepodlegającym opodatkowaniu podatkiem dochodowym,
- zaświadczenie Urzędu Skarbowego o wysokości przychodu z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne,
- zaświadczenie właściwego organu gminy o wielkości gospodarstwa rolnego wyrażonej w hektarach przeliczeniowych,
- zaświadczenie ze szkoły/uczelni o uczących się lub studiujących członkach rodziny,
- umowa najmu lokalu,
- zaświadczenie o zameldowaniu stałym,
- zaświadczenie o zarobkach i okresie zatrudnienia w roku bazowym lub kolejnym z zakładu pracy - szt.
- PIT-11 - szt.
-
-

II. UTRATA DOCHODU

- W roku kalendarzowym poprzedzającym rok złożenia wniosku nastąpiła/ nie nastąpiła* utrata dochodu jednego z członków rodziny. W przypadku zmiany należy podać:

Lp.	Imię i nazwisko	Rok urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Data utraty, źródło utraconego dochodu w 2022 roku ¹	Kwota utraconego dochodu brutto/netto*

- Po roku kalendarzowym poprzedzającym rok złożenia wniosku nastąpiła/ nie nastąpiła* utrata dochodu jednego z członków rodziny. W przypadku zmiany należy podać:

Lp.	Imię i nazwisko	Rok urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Data utraty, źródło utraconego dochodu w 2023 roku ¹	Kwota utraconego dochodu brutto/netto*

¹ należy wpisać jedną z przyczyn:

- uzyskanie prawa do urlopu wychowawczego;
- utrata zasiłku lub stypendium dla bezrobotnych;
- utrata zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej;
- utrata zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, a także emerytury lub renty, lub renty rodzinnej, renty socjalnej lub rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego, o którym mowa w ustawie z dnia 31 stycznia 2019 r. o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1051),
- wykreślenie z rejestru pozarolniczej działalności gospodarczej lub zawieszenie jej wykonywania w rozumieniu art. 16B ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2022 r. poz. 933) lub art. 36aa ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1009, z późn. zm.),
- utrata zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku macierzyńskiego, przysługujących po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- utrata zasądzonych świadczeń alimentacyjnych w związku ze śmiercią osoby zobowiązanej do tych świadczeń lub utrata świadczeń pieniężnych wypłacanych wskutek bezskuteczności egzekucji alimentów w związku ze śmiercią osoby zobowiązanej do świadczeń alimentacyjnych;
- utrata świadczenia rodzicielskiego;
- utrata zasiłku macierzyńskiego, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników;
- utrata stypendium doktoranckiego określonego w art. 209 ust. 1 i 7 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.

* właściwe podkreślić

III. UZYSKANIE DOCHODU

- W roku kalendarzowym poprzedzającym rok złożenia wniosku nastąpiło/ nie nastąpiło* uzyskanie dochodu jednego z członków rodziny. W przypadku zmiany należy podać:

Lp.	Imię i nazwisko	Rok urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Data uzyskania, źródło uzyskanego dochodu w 2022 r. ²	Kwota uzyskanego dochodu

- Po roku kalendarzowym poprzedzającym rok złożenia wniosku nastąpiło/ nie nastąpiło* uzyskanie dochodu jednego z członków rodziny. W przypadku zmiany należy podać:

Lp.	Imię i nazwisko	Rok urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Data uzyskania, źródło uzyskanego dochodu w 2023 r. ²	Kwota dochodu netto za drugi miesiąc pracy

² należy wpisać jedną z przyczyn:

- 1) zakończenie urlopu wychowawczego,
- 2) uzyskanie prawa do zasiłku lub stypendium dla bezrobotnych;
- 3) uzyskanie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej;
- 4) uzyskanie zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, a także emerytury lub renty, renty rodzinnej, renty socjalnej lub rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego, o którym mowa w ustawie z dnia 31 stycznia 2019 r. o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym,
- 5) rozpoczęcie pozarolniczej działalności gospodarczej lub wznowienie jej wykonania po okresie zawieszenia w rozumieniu art. 16b ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników lub art. 36aa ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych,
- 6) uzyskanie zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku macierzyńskiego, przysługujących po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- 7) uzyskanie świadczenia rodzicielskiego;
- 8) uzyskanie zasiłku macierzyńskiego, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników;
- 9) uzyskanie stypendium doktoranckiego określonego w art. 209 ust. 1 i 7 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.

* właściwe podkreślić

RODZINA SKŁADA SIĘ Z NIŻEJ WYMIENIONYCH OSÓB:

Lp.	Imię i nazwisko	Rok urodzenia (nie dotyczy rodziców studenta)	Stopień pokrewieństwa	Rodzaj zatrudnienia /rodzaj szkoły	Dochód utracony (netto/brutto*)	Dochód uzyskany w 2022 roku			
						kwota dochodu uzyskana w roku bazowym	liczba miesięcy uzyskiwania dochodu	miesięczny dochód	
1.			wnioskodawca						
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
I	Razem miesięczny dochód rodziny								
II	Miesięczna kwota alimentów płaconych na rzecz innych osób niebędących we wspólnym gospodarstwie domowym w 2022 r.								
III	Łączna kwota opłat poniesionych z tytułu przebywania członka rodziny w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie w 2022 r.								
IV	Miesięczny dochód uzyskany w 2023 roku (dotyczy sytuacji, gdy dochód był uzyskiwany tylko w 2023 r.)								
V	Miesięczny dochód rodziny (pkt I– pkt II – pkt III + pkt IV)								
VI	Miesięczny dochód rodziny w przeliczeniu na osobę (pkt V: przez liczbę osób w rodzinie)								

OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY STUDENTA SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM SOCJALNEGO

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych członków rodziny, wymienionych we wniosku o przyznanie stypendium socjalnego, złożonym na potrzeby prowadzonego postępowania o udzielenie pomocy materialnej, zgodnie z art. 86 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2023 r. poz. 742, z późn. zm.).

Znane mi są zasady ochrony danych osobowych w Wyższej Szkole Zdrowia w Gdańsku:

1. Administratorem Pana/i danych osobowych jest Wyższa Szkoła Zdrowia z siedzibą w Gdańsku, przy ul. Pelplińskiej 7 (80-335 Gdańsk). Z Administratorem danych można skontaktować się poprzez adres email administrator danych@wsz.pl, telefonicznie pod numerem +48 58 769 08 00 lub pisemnie na adres siedziby Administratora.
2. Pana/i dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpoznania wniosku na potrzeby prowadzonego postępowania o udzielenie pomocy materialnej, zgodnie z art. 86 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2023 r. poz. 742, z późn. zm.)
3. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz konieczne i niezbędne do realizacji prowadzonego postępowania
4. Ma Pan/i prawo do żądania od WSZ dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz przenoszenia danych. W przypadku stwierdzenia, iż przetwarzanie Pana/i danych osobowych następuje niezgodnie z RODO i ustawą o ochronie danych osobowych ma Pan/i prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
5. Podstawą prawną przetwarzania Pana/i danych osobowych jest art. 86 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2023 r. poz. 742, z późn. zm.)
6. Odbiorcami Pana/i danych osobowych będą te podmioty, którym mamy obowiązek przekazywania danych, a także podmioty świadczące na rzecz WSZ usługi księgowo-kadrowe, dostarczające przesyłki kurierskie, pocztowe, prawnicze, informatyczne.
7. Pana/i dane osobowe będą przetwarzane przez okres obowiązywania umowy, ale także później, do czasu upływu terminu przedawnienia ewentualnych roszczeń wynikających z umowy oraz czasu archiwizacji danych zgodnie z przepisami prawa, a następnie zostaną usunięte w sposób uniemożliwiający odczyt a następnie zostaną usunięte w sposób uniemożliwiający odczyt.
8. Pana/i dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu, a także nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy, ani do organizacji międzynarodowej.

1.	..... imię i nazwisko studenta	..... podpis
2.	..... imię i nazwisko członka rodziny studenta	..... podpis
3.	..... imię i nazwisko członka rodziny studenta	..... podpis
4.	..... imię i nazwisko członka rodziny studenta	..... podpis
5.	..... imię i nazwisko członka rodziny studenta	..... podpis
6.	..... imię i nazwisko członka rodziny studenta	..... podpis
7.	..... imię i nazwisko członka rodziny studenta	..... podpis

Część C – wypełnia student

Proszę o dokonanie przelewu świadczeń na rachunek bankowy nr:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

.....
data i podpis studenta

O Ś W I A D C Z E N I E

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji - art. 233 § 1 kk („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”) 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 zobowiązana/y byłam/em wykazać we wniosku;
- nie pobieram stypendium socjalnego na innej uczelni;
- zapoznałam/em się z zasadami przyznawania świadczeń określonymi w Regulaminie świadczeń WSZ oraz z odpowiednimi zarządzeniami do Regulaminu świadczeń dla studentów WSZ, w tym z okolicznościami, które wykluczają uprawnienia do świadczeń;
- zobowiązuję się do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń;
- wyrażam zgodę na potrącenie nienależnie pobranych świadczeń z otrzymywanych stypendiów;
- zobowiązuję się niezwłocznie złożyć stosowny wniosek do Komisji Stypendialnej w przypadku zmiany liczby członków rodziny lub innych zmian mających wpływ na prawo do świadczeń, zwłaszcza uzyskania i utraty dochodu, zmiany miejsca zamieszkania w trakcie studiów, ukończenia przez członka rodziny 26 – roku życia, jeśli uczy się w szkole lub w szkole wyższej i nie jest to ostatni rok jego nauki,
- złożone przeze mnie oświadczenie dotyczy studiowania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i za granicą,

1. łączny okres mojego studiowania z uwzględnieniem urlopów (bez względu na pobieranie świadczeń) wynosi semestrów: przy czym na studiach:**

I stopnia	- liczba semestrów
II stopnia	- liczba semestrów
jednolitych magisterskich	- liczba semestrów

2. studiowałam/em na studiach i ich nie ukończyłam/em:

- NIE
 TAK studia: I stopnia II stopnia jednolite magisterskie

_____ (nazwa uczelni)

_____ (kierunek studiów)

_____ (liczba studiowanych semestrów)

3. ukończyłam/ukończyłem studia:

- NIE
 TAK studia: I stopnia II stopnia jednolite magisterskie

_____ (nazwa uczelni)

_____ (kierunek studiów)

_____ (liczba studiowanych semestrów)

i posiadam tytuł: _____

4. złożyłam/em wniosek o stypendium socjalne na innej uczelni:

- NIE
 TAK studia: I stopnia II stopnia jednolite magisterskie

_____ (nazwa uczelni)

_____ (kierunek studiów)

W przypadku pobierania świadczeń na innym kierunku studiów lub innej uczelni zobowiązuję się niezwłocznie pisemnie powiadomić o tym fakcie Komisję Stypendialną.

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie podanych przeze mnie danych zawartych we wniosku o przyznanie stypendium socjalnego/stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości we wszystkich dokumentach stanowiących załącznik do niniejszego wniosku. Świadomy, że udostępnione dane konieczne są do weryfikacji możliwości przyznania świadczenia z funduszu stypendialnego oraz wykorzystywane będą przez Komisję Stypendialną i Odwoławczą Komisję Stypendialną od dnia złożenia kompletnego wniosku do dnia wydania decyzji o przyznaniu, bądź też nie wybranego świadczenia.

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie podanych przeze mnie danych we wniosku o przyznanie stypendium socjalnego/stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości w celu opracowania zbiorczych zestawień tj. list stypendialnych publikowanych w wersji elektronicznej na stronie wsz.pl oraz w wersji papierowej w gablotach znajdujących się w siedzibie Uczelni, przez okres 30 dni od ich ogłoszenia.

.....
data i podpis studenta

* właściwe zakreślić

** nie wlicza się aktualnego semestru, na którym student ubiega się o stypendium

Część D – wypełnia Uczelnia

Miesięczny dochód na osobę w rodzinie studenta

..... zł

1. Kwota przyznanego stypendium socjalnego	
2. Kwota przyznanego stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości	
NIE PRYZNANO STYPENDIUM Z POWODU: <input type="checkbox"/> przekroczenia maksymalnego dochodu uprawniającego do otrzymania stypendium, <input type="checkbox"/> inne:	
..... (podpis upoważnionego pracownika Uczelni/członka KS)	