

I. Oświadczam, że rodzina moja składa się z niżej wymienionych osób:

- studenta,
- małżonka studenta, a także będące na utrzymaniu studenta lub jego małżonka dzieci niepełnoletnie, dzieci pobierające naukę do 26. roku życia oraz dzieci niepełnosprawne bez względu na wiek,
- rodziców, opiekunów prawnych lub faktycznych studenta i będące na ich utrzymaniu dzieci niepełnoletnie, dzieci pobierające naukę do 26. roku życia oraz dzieci niepełnosprawne bez względu na wiek

L.p.	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Miejsce zatrudnienia lub nauki (podać również rok nauki) lub inne źródło utrzymania
1.			Student wnioskodawca	
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				

II. W załączeniu przedkładam następujące dokumenty, potwierdzające dane zawarte w pkt I.

- | | |
|---------|---------|
| 1. | 5. |
| 2. | 6. |
| 3. | 7. |
| 4. | 8. |

UWAGA !

W przypadku rodzeństwa lub dzieci studenta wymagane są kserokopie aktu urodzenia lub inny dokument potwierdzający wiek dziecka. Ponadto dla uczącego się rodzeństwa lub dzieci studenta powyżej 18 roku życia wymagane są dodatkowo zaświadczenia o pobieraniu nauki lub stosowne oświadczenia !

OŚWIADCZENIE: Świadomy(a) odpowiedzialności karnej, cywilno-prawnej i dyscyplinarnej (aż do wydalenia z uczelni włącznie) **za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam,** że podane przeze mnie powyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym i obejmują wszystkie źródła dochodów mojej rodziny. Jednocześnie **zobowiązuję się do powiadomienia Działu Nauczania i Spraw Studenckich przed rozpoczęciem nowego semestru** o każdej zmianie sytuacji materialnej mojej rodziny mającej wpływ (zgodnie z ustawą o świadczeniach rodzinnych) na wysokość świadczeń pomocy materialnej oraz o każdej zmianie statusu studenta w trakcie kontynuowania nauki. **Zobowiązuję się także do niezwłocznego powiadomienia Działu Nauczania i Spraw Studenckich** o zaistnieniu okoliczności powodujących utratę prawa do zwiększenia stypendium socjalnego z tytułu zamieszkania, zgodnie z obowiązującym regulaminem.

Wałbrzych, dnia 201....

.....
(czytelny podpis studenta)

Dochód obliczony w oparciu o **ustawę o świadczeniach rodzinnych**, tj. przychód pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne (ustawa z dnia 28.11. 2003 r. - tekst jednolity - Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 992, z późn. zm.)

III. Dochody studenta i jego rodziny

(wypełnia pracownik Działu Nauczania i Spraw Studenckich)

L.p.	Stopień pokrewieństwa	Dochód miesięczny	Dochód miesięczny	Dochód miesięczny	Dochód miesięczny
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.	Dochody razem				
11.	Liczba osób w rodzinie				
12.	Dochód miesięczny na osobę				
13.	Data i podpis pracownika dziekanatu				

DECYZJA UCZELNIANEJ KOMISJI STYPENDIALNEJ

Na podstawie *Regulaminu przyznawania i wypłacania świadczeń pomocy materialnej dla studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu* **przyznajemy / nie przyznajemy*** :

- 1. stypendium socjalne** w wysokości.....zł miesięcznie, na okres oddo
- 2. zwiększenie stypendium socjalnego z tytułu zamieszkania** o kwotę..... zł miesięcznie,
na okres oddo
- 3. stypendium dla osób niepełnosprawnych** w wysokości..... zł miesięcznie, na okres oddo

Opis negatywnego rozpatrzenia wniosku:.....

.....
.....
.....
(data i podpisy członków Uczelnianej Komisji Stypendialnej)

DECYZJA ODWOŁAWCZEJ UCZELNIANEJ KOMISJI STYPENDIALNEJ

Na podstawie *Regulaminu przyznawania i wypłacania świadczeń pomocy materialnej dla studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu* **przyznajemy / nie przyznajemy*** :

- 1. stypendium socjalne** w wysokości.....zł miesięcznie, na okres oddo
- 2. zwiększenie stypendium socjalnego z tytułu zamieszkania** o kwotę..... zł miesięcznie,
na okres oddo
- 3. stypendium dla osób niepełnosprawnych** w wysokości..... zł miesięcznie, na okres oddo

Opis negatywnego rozpatrzenia wniosku:.....

.....
.....
.....
(data i podpisy członków Odwoławczej Uczelnianej Komisji Stypendialnej)

* niepotrzebne skreślić