*Załącznik nr 1 do Regulaminu
przyznawania pomocy materialnej studentom UG*

**WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY MATERIALNEJ W ROKU AKADEMICKIM 20…./………**

**(WNIOSEK NALEŻY UZUPEŁNIĆ CZYTELNIE – DRUKOWANYMI LITERAMI)**

**Komisja Stypendialna**

**Wydziału …………………………….**

**Uniwersytetu Gdańskiego**

…………………………………………………………………………….……..

IMIĘ I NAZWISKO

………………………………………………………………………..…………

KIERUNEK I ROK STUDIÓW

…………………………………………………………………………………...

NUMER ALBUMU

……………………………………………………………………………………

OBYWATELSTWO

……………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Typ** **Studiów** | **stacjonarne** | **niestacjonarne** |
|  |  |
| **Studia I stopnia** | **Studia II stopnia** | **Jednolite studia magisterskie** |
|  |  |  |

TELEFON KONTAKTOWY

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………….

ADRES STAŁEGO ZAMELDOWANIA/KORESPONDENCYJNY

PRZYZNANE ŚWIADCZENIA PROSZĘ PRZELAĆ NA RACHUNEK BANKOWY:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(numer konta bankowego)

W BANKU ………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Proszę o przyznanie następujących świadczeń pomocy materialnej:**

* *stypendium socjalnego;*
* *stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości z tytułu zamieszkania:*
	+ *w Domu Studenckim*
	+ *innym obiekcie*
* *stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych:*
	+ *znaczny stopień niepełnosprawności*
	+ *umiarkowany stopień niepełnosprawności*
	+ *lekki stopień niepełnosprawności*
	+ *data ważności orzeczenia od……………………… do…………………………….*
* *zapomogi;*

**Wyliczenie średniego miesięcznego dochodu netto na jednego członka rodziny:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Rok urodzenia** | **Stopień pokrewieństwa** | **Miejsce pracy lub nauki /inne źródła utrzymania/** | **Roczny dochód netto** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Miesięczny dochód netto przypadający na jednego członka rodziny**

**według zaświadczeń wynosi** /w zaokrągleniu do drugiego miejsca po przecinku/

**słownie :**

Oświadczam, że:

1. W roku kalendarzowym poprzedzającym rok złożenia wniosku lub po tym roku 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** | **Kwota uzyskanego dochodu** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. W roku kalendarzowym poprzedzającym rok złożenia wniosku lub po tym roku 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** | **Kwota utraconego dochodu** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Studiuję/nie studiuję\* równocześnie na drugim kierunku studiów, jeżeli tak proszę podać:

nazwa Uczelni, wydział, kierunek:……………………………………………………………………………………………………..……

tryb i rok studiów (studia I, II stopnia, jednolite studia magisterskie):,……………………………..…………………………………...

przewidziany regulaminem uczelni planowany termin ukończenia studiów:…………………………………………………….……..

1. Ukończyłem/am / nie ukończyłem/am\* kierunek studiów w, jeżeli tak proszę podać:

*nazwa Uczelni, wydział, kierunek:………………………………………………………………………………………………….……….*

*tryb (studia I, II stopnia, jednolite studia magisterskie)…………………………………………………………………………………...*

*termin ukończenia studiów:………………………………………………………………………………………………….…….………...*

1. Nie pobieram i nie ubiegam się o przyznanie stypendium na innym kierunku studiów lub na innej uczelni.
2. W przypadku otrzymania świadczeń pomocy materialnej na innym kierunku lub innej uczelni, jak również w przypadku wystąpienia każdej innej okoliczności mającej wpływ na prawo do świadczenia pomocy materialnej fakt ten zgłoszę niezwłocznie do Wydziałowej Komisji Stypendialnej, a nienależnie pobrane świadczenia zostaną przeze mnie zwrócone.
3. Zapoznałem/am\* się z Regulaminem przyznawania pomocy materialnej studentom UG oraz warunkami uprawniającymi do pobierania świadczeń z Funduszu Pomocy Materialnej Studentów i Doktorantów UG.

**\*** niepotrzebne skreślić

**Świadomy odpowiedzialności prawnej, w tym za podanie nieprawdziwych danych, łącznie z możliwością wydalenia mnie z Uczelni i konieczności zwrotu nieprawnie pobranych środków finansowych oraz odpowiedzialności karnej z art. 286 § 1 k.k. [*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 odpowiedzialności dyscyplinarnej z art. 211 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (t.j. DZ. U. z 2017 r., poz. 2183 ze zm.) [*Za naruszenie przepisów obowiązujących w uczelni oraz za czyny uchybiające godności studenta student ponosi odpowiedzialność dyscyplinarną przed komisją dyscyplinarną albo przed sądem koleżeńskim samorządu studenckiego, zwanym dalej „sądem koleżeńskim”]* oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty oraz dane w nich zawarte dotyczące rodzajów i wysokości dochodów mojej rodziny, żyjącej we wspólnym gospodarstwie domowym są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym.**

Zgodnie z Rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zwanym dalej RODO, informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytet Gdański z siedzibą w (80-309) Gdańsku przy ul. Jana Bażyńskiego 8.
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu (58) 523 24 59 lub adresem e-mail: poin@ug.edu.pl. Z Inspektorem Ochrony Danych można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z ich przetwarzaniem.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przyznania i realizacji wskazanego rodzaju świadczenia przysługującego w ramach pomocy materialnej ze środków funduszu pomocy materialnej dla studentów i doktorantów, a także ustalenia, dochodzenia lub obrony ewentualnych roszczeń
4. Podstawą prawną do przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego w szczególności z art. 173 ustawy z dnia 27.07.2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (tj. Dz.U 2017, poz.2183 ze zm.). Ponadto Uczelnia będzie przetwarzała Pani/Pana dane osobowe na podstawie *Regulaminu przyznania pomocy materialnej studentom* ustalonego w związku z art. 186 wyżej wymienionej ustawy.
5. Podanie przez Panią/ Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednakże ich podanie warunkuje możliwość rozpatrzenia wniosku o przyznanie wskazanego rodzaju świadczenia ze środków funduszu pomocy materialnej dla studentów i doktorantów.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w imieniu administratora danych przez upoważnionych pracowników wyłącznie w celach, o których mowa w ust. 3
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów wskazanych w ust. 3 z uwzględnieniem wymogów określonych w przepisach archiwalnych. Ponadto Administrator zastrzega sobie prawo do przechowywania Pani/Pana danych osobowych przez okres niezbędny do ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń, nie dużej jednak niż do upływu okresu ich przedawnienia.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym z wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa.
9. Na zasadach określonych przepisami RODO przysługuje Pani/Panu:
10. prawo dostępu do treści swoich danych,
11. prawo do ich sprostowania, gdy są niezgodne ze stanem rzeczywistym,
12. prawo do ich usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także przenoszenia danych – w przypadkach przewidzianych prawem,
13. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych,
14. prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych.

 …………………………………………………..

 podpis wnioskodawcy

**Dodatkowe uzasadnienie wniosku:**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………......**

**………….……………………………………………………**

**podpis wnioskodawcy**

**Wypełnia pracownik dziekanatu**

1.Potwierdzam złożenie wniosku z kompletem załączników:

 Data złożenia podania w dziekanacie: ………………………………… ……………………………..…

 Pieczęć i podpis pracownika dziekanatu

2. Potwierdzam złożenie wniosku bez wymaganych załączników:

…………………………………………………………...

……………………………………………………………

……………………………………………………………

……………………………………………………………

Data złożenia wniosku w dziekanacie: ………………………………… …………….…

 Pieczęć i podpis pracownika dziekanatu

**ADNOTACJE URZĘDOWE:**

**Wezwanie do uzupełnienia dokumentów dnia:……………**

Podpisy Wydziałowej Komisji Stypendialnej:

**Pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia dnia:………….**

Podpisy Wydziałowej Komisji Stypendialnej:

**Przyznano/ nie przyznano\* stypendium:**

**- SOCJALNE w wysokości…………….…...…,**

**- SOCJALNE w zwiększonej wysokości ………………….,**

**- SPECJALNE w wysokości…………......……,**

**- ZAPOMOGĘ w wysokości…………….……,**

**Na okres od………………………………do…………………………………**

**Data rozpatrzenia wniosku………………………………………………….**

\* *niepotrzebne skreślić*

Podpisy Wydziałowej Komisji Stypendialnej: