***WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI (drukować dwustronnie – Obowiązkowo załączyć wypełniony „Kalkulator dochodów”***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| UWAGI:…………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | Miesięczny dochód po zmianach na osobę w rodzinie studenta…………..….. zł………………..…………Data i podpis pracownika |  |  |  |
| Data złożenia i podpis osoby przyjmującej:……………………………… |
| Aktualizacja do wniosku z dnia i nr………………………..…………… |

## WNIOSEK

**DO KOMISJI STYPENDIALNEJ**

**o ponowne przeliczenie dochodu na jednego członka rodziny**

**CZĘŚĆ I Dane studenta**

1. Dane wnioskodawcy:

 …………………………………………………………………………………………………………………………………...

 Imię(imiona) i Nazwisko

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Dokładna data urodzenia, miejsce urodzenia

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Specjalność **[[1]](#footnote-1)** nr albumu rok studiów semestr

1. Adres zameldowania/do korespondencji

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Ulica, numer domu i mieszkania, miejscowość zamieszkania

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Kod pocztowy, miejscowość

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Numer telefonu E-mail

1. Proszę o ponowne przeliczenie dochodów osiągniętych przez członków mojej rodziny ze względu na[[2]](#footnote-2):

utratę dochodu; uzyskanie dochodu;

zwiększenie się liczby członków rodziny; zmniejszenia się liczby członków rodziny

inne ……………………………………………………………………………………………………………….

1. **W związku ze zmniejszeniem dochodu wnioskuję o zwiększenie stypendium socjalnego** TAK □ NIE □
2. **Wyrażam zgodę na zmianę lub uchylenie dotychczasowej decyzji Komisji Stypendialnej WSAP w Ostrołęce**
3. Do wniosku dołączam następujące dokumenty:
* ..............................................................................................................................................................
* ..............................................................................................................................................................
* ..............................................................................................................................................................

**CZĘŚĆ II Oświadczenia**

1. **Oświadczenie studenta do wniosku o przyznanie stypendium socjalnego**

**Oświadczam, że** *właściwe zakreślić:*

1. nie złożyłem(am) wniosku o przyznanie stypendium socjalnego, nie pobieram i nie będę pobierał(a) tego stypendium na innej uczelni niż Wyższa Szkoła Administracji Publicznej w Ostrołęce
2. równocześnie jestem studentem(ką) innej uczelni ………………………………………………………………..

(nazwa uczelni i kierunku)

1. ukończyłem(am) studia wyższe TAK □ NIE □
2. odbywałem/am naukę na studiach wyższych ( w tym na innej uczelni), dotyczy wszystkich rozpoczętych studiów,
po ukończeniu szkoły średniej TAK □ NIE □

 (w przypadku pozytywnej odpowiedzi należy wymienić uczelnie i okresy studiowania)

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

1. jestem żołnierzem zawodowym lub funkcjonariuszem służb państwowych, który podjął studia na podstawie skierowania lub zgody właściwego przełożonego i otrzymałem pomoc w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie,
2. nie jestem żołnierzem zawodowym lub funkcjonariuszem służb państwowych, który podjął studia na podstawie skierowania lub zgody właściwego przełożonego i otrzymałem pomoc w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie,
3. zapoznałem(am) się z Regulaminem Świadczeń dla Studentów Wyższej Szkoły Administracji Publicznej w Ostrołęce,
4. zobowiązuję się do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń i wyrażam zgodę na potrącenie nienależnie pobranych
kwot z bieżących wypłat stypendiów,
5. w przypadku zaistnienia okoliczności mających wpływ na zmianę treści oświadczenia, zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić pisemnie o tym fakcie Komisję oraz wyrażam zgodę na zmianę/uchylenie decyzji stypendialnej w rozumieniu art.155 KPA,
6. podane przeze mnie informacje i załączone dokumenty są prawdziwe, jestem świadomy(a)odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania z art.233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny oraz odpowiedzialności cywilnej z art. 415 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. Kodeks Cywilny za szkodę wyrządzoną niezgodnym z prawdą oświadczeniem,

Ostrołęka, dnia ....................................... ...................................................................

*czytelny podpis studenta*

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ust. l i2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady {UE) 2016/679 z 27 kw. kwietnia 2016 r. w sprawie

ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 9S/46/WE (zwanym dalej rozporządzeniem RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Wyższa Szkoła Administracji Publicznej z siedzibą w Ostrołęce przy
ul. Janusza Korczaka 73**, zwany dalej „Administratorem”;
2. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych WSAP w Ostrołęce; adres korespondencyjny **07-410 Ostrołęka, ul. Janusza Korczaka 73**; e-mail **abi@wsap.com.pl;**
3. Podane przez Panią/Pana dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji procedury związanej z przyznaniem stypendium.
4. Podstawę prawną przetwarzania stanowi art. 6 ust. l lit. c l e rozporządzenia RODO, oraz przepisy Ustawy z 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz obowiązujący w uczelni Regulamin Świadczeń dla Studentów;
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są osoby biorące udział w procedurze związanej z przyznawaniem stypendiów
z Funduszu Stypendialnego oraz podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa;
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane i przechowywane w przypadku otrzymania pomocy materialnej a także
w przypadku odmownej decyzji a następnie archiwizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i procedurami obowiązującymi w WSAP w Ostrołęce, a także w celu, zakresie i okresach niezbędnych do dochodzenia roszczeń;
7. Na zasadach określonych przepisami rozporządzenia RODO przysługuje Pani/Panu prawo:

 a. dostępu do treści swoich danych,

 b. do ich sprostowania. gdy są niezgodne ze stanem rzeczywistym,

 c. do ich usunięcia. ograniczenia przetwarzania,

d. przenoszenia danych, w przypadkach przewidzianych prawem,

 e. do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.

1. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych
z siedzibą w Warszawie przy ul. Stawki 2;
2. Nie przewiduje się przetwarzania danych osobowych w celu innym niż ten, w którym dane osobowe zostały zebrane;

10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne dla realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie wszystkich moich danych osobowych zawartych w formularzu oraz oświadczam, że informacje osobowe podałem/podałam osobiście i dobrowolnie.

Oświadczam, że zapoznałam/ zapoznałem się z powyższymi informacjami.

Ostrołęka, dnia ....................................... ...................................................................

*czytelny podpis studenta*

**CZĘŚĆ III** *(wypełnia KS)*

Komisja Stypendialna WSAP po ponownym przeliczeniu dochodu na jednego członka rodziny postanowiła:

1. Przyznać: □ **stypendium socjalne**, □ **zwiększenie stawki stypendium socjalnego** od miesiąca …………………
w roku akademickim …………./…………, w następującej wysokości:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Próg (w zł)** | **I** **(0 – 260)** | **II****(261 – 520)** | **III****(521 – 780)** | **IV****(781 – 1040)** | **V****(1041– 1294)** |
| Dochód na jednego członka rodziny |  |  |  |  |  |
| Przyznana wysokość:□ stypendium, □ stypendium ze zwiększeniem |  |  |  |  |  |

1. Nie przyznać:
□ **stypendium socjalnego**,
□ **zwiększenia stawki stypendium socjalnego**
od miesiąca ………………………w roku akademickim ………/……….:
	* z powodu przekroczenia dochodu uprawniającego do świadczenia
	* z powodu niekompletności wniosku pomimo wezwania do jego uzupełnienia
	* inne: ……………………..………………………………………………………..…….……..

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

……………………………………………… …………………………………………..

Przewodnicząca Komisji Stypendialnej Wiceprzewodnicząca Komisji Stypendialnej

Ostrołęka, dnia ……………………………. r.

1. dotyczy wyłącznie studentów III roku [↑](#footnote-ref-1)
2. właściwe zaznaczyć [↑](#footnote-ref-2)