Załącznik nr 5

do Regulaminu świadczeń stypendialnych dla uczestników studiów doktoranckich ZUT

Data wpływu wniosku ………………………… Szczecin, dnia ............................................

**Dziekan/Komisja Stypendialna\***

**Wydział**………………………….………..…...

WNIOSEK DOKTORANTA

O PRZYZNANIE STYPENDIUM SOCJALNEGO

**Imię i nazwisko**  **nr albumu**

**Wydział** …………………………………………......... **dyscyplina**

**Zakład/Katedra**

**Data rozpoczęcia studiów doktoranckich** ………………… **rok studiów** ………… **studia stacjonarne/niestacjonarne\***

**Nr telefonu kontaktowego**  **email**

**Adres stałego zamieszkania**……………………………………………………………………………………………….

**Adres zamieszkania w trakcie studiów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer konta bankowego |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  |

**Proszę o przyznanie\*\*:**

** stypendium socjalnego**

** stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości z tytułu**

** zamieszkania w domu studenckim lub w obiekcie innym niż dom studencki**

** zamieszkania z niepracującym małżonkiem lub dzieckiem doktoranta w domu studenckim lub w obiekcie innym niż dom studencki**

**W przypadku stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości należy napisać uzasadnienie braku możliwości lub znacznego utrudnienia codziennego dojazdu z miejsca stałego zamieszkania do Uczelni** (np. odległość z miejsca stałego zamieszkania do Uczelni, koszt transportu, czas dojazdu, dostępność transportu, inne):

**Oświadczam, że:**

** nigdy dotychczas nie byłem (-am) uczestnikiem studiów doktoranckich\*\***

** ukończyłem (-am) studia doktoranckie, studiuję na studiach doktoranckich lub kiedykolwiek podjąłem/podjęłam studia doktoranckie\*\*:**

*(proszę uzupełnić dane poniżej)*

1) ukończyłem(-am) studia doktoranckie\*

**(proszę wpisać nazwę uczelni, okres studiowania od… do… oraz datę nadania stopnia doktora)**

2) rozpocząłem(-am) i obecnie jestem uczestnikiem studiów doktoranckich **\***

**(proszę wpisać nazwę uczelni, datę rozpoczęcia studiów)**

3) kiedykolwiek byłem (-am) uczestnikiem studiów doktoranckich\*

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

**(proszę wpisać nazwę/nazwy uczelni i wszystkie okresy studiowania od… do…)**

**** jestem kandydatem na żołnierza/żołnierzem zawodowym/funkcjonariuszem służb państwowych\*  
z art. 447 Prawoo szkolnictwie wyższym i nauce(Dz. U. poz. 1668, z późn. zm.)\*\*

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:



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

data i czytelny podpis kierownika studiów doktoranckich data i czytelny podpis doktoranta

* Zapoznałem/zapoznałam się i rozumiem Regulamin przyznawania świadczeń dla uczestników studiów doktoranckich Zachodniopomorskiego Uniwersytetu Technologicznego w Szczecinie.
* Oświadczam, że pobieram/nie pobieram\* stypendium socjalnego na innej dyscyplinie.
* Oświadczam, że wniosek o stypendium socjalne został/nie został\* złożony przeze mnie na innej dyscyplinie ………………………………………………………………………………(w przypadku złożenia wniosku, proszę podać dyscyplinę i nazwę uczelni)
* Świadomy(-a) odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych, w tym odpowiedzialności dyscyplinarnej, aż do wydalenia z uczelni i obowiązku zwrotu nieprawnie pobranego stypendium, oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku oraz załączone dokumenty dotyczące rodzajów i wysokości dochodów mojej rodziny są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym.

\*niepotrzebne skreślić

\*\*właściwe zaznaczyć

...........................................................

(data i podpis doktoranta)

Zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych (zał. nr 11 do Regulaminu), w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

...........................................................

(data i podpis doktoranta)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | **Dochód w roku kalendarzowym poprzedzającym okres ubiegania się o stypendium** | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **Członkowie rodziny** (proszę dodać imię i nazwisko) | **Rok urodzenia** | **Źródło dochodu** | **Kwoty**  **z zaświadczenia z US** (dane z punktów 1, 2, 3 wpisujemy odpowiednio w kol. 4, 5, 6)  oraz **z zaświadczenia z ZUS** **(**wpisujemy w kol.7) | | | | | | | **Dochód opodatkowany zryczałtowanym podatkiem dochodowym (działalność gospodarcza)\*** | **Dochód utracony** | **Liczba miesięcy w których dochód był osiągany** | **Inne dochody niepodlegające opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych** | | | | **Liczba miesięcy,**  **w których dochód był osiągany** | **Dochód uzyskany**  (netto z pierwszego pełnego miesiąca) | **Dochód ogółem** (kol. 8+11+15+16**)\*\*** | |
| **dochód** | **należny podatek** | **składki na ubezp. społeczne** | **składki na ubezp. zdrowotne** | **dochód netto** | **liczba miesięcy w których dochód był osiągany** | **dochód utracony** | **dochód z gosp. rolnego** | | **pozostałe dochody np. alimenty** | **dochód utracony** |
| liczba ha przelicz. | liczba ha przel. x wskaźnik doch. z 1 ha przel. |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** | **21** |
| doktorant – wnioskodawca………….…. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| matka  ……………. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ojciec  …………..… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| rodzeństwo  …………...... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| rodzeństwo  ………….…. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SUMA: | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wskaźnik przeciętnego dochodu z 1 ha przelicz. za …… r.** | | |  |  | | | | |
| \* dochód z działalności gospodarczej podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym, ustalany zgodnie z obowiązującym obwieszczeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej | | | | | | | | |
| \*\* dochód ogółem stanowi sumę z poz. 8, 11, 15, 16, przy czym kwoty z poz. 8, 11, 16 dzielone są dodatkowo na liczbę miesięcy w których dochód był osiągany | | | | | | | | |
| razem dochód miesięczny netto | roczny dochód utracony | dochód uzyskany (netto z pierwszego pełnego miesiąca) | miesięczna kwota alimentów świadczona na rzecz osób spoza rodziny | | liczba osób w rodzinie | **miesięczny dochód netto**  **na 1 osobę**  **w rodzinie** | | …………………………………………………  data i podpis studenta |
|  |  |  |  | |  |  | |  |
| **Wypełnia osoba przyjmująca wniosek** | | | | | | | | |
| Stwierdzam: | | Data i podpis  pracownika Dziekanatu/członka KS | | | **wysokość stypendium socjalnego** | |  | |
|  Kompletność wymaganych dokumentów | |  | | | **zwiększenie stypendium socjalnego** | |  | |
|  Brak wymaganych dokumentów:  ……………………………………………………………… | |  | | | **RAZEM** | |  | |
| ……………………………………………………………………………………  data i podpis pracownika Dziekanatu/członka KS | | | |