



Oświadczam pod odpowiedzialnością karną, że moja rodzina składa się z następujących osób, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

Lp.	Stopień pokrewieństwa	Nazwisko i imię	Rok urodzenia	Miejsce zatrudnienia, miejsce nauki, inne źródła dochodu
1.	wnioskodawca			
2.	matka			
3.	ojciec			
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				

\_\_\_\_\_ miejscowość, data

\_\_\_\_\_ czytelny podpis wnioskodawcy

#### IV. WYPEŁNIA PRACOWNIK DSSS

Typ stypendium	Podstawa naliczenia stypendium	Dochód na 1 osobę miesięcznie za rok _____	Wysokość przyznanego stypendium	Przyznano od miesiąca	Uwagi
<b>Socjalne</b>					
<b>Socjalne zwiększone z tytułu zakwaterowania</b>					
<b>Specjalne dla osób niepełnosprawnych</b>					

UWAGI: wezwanie do uzupełnienia dokumentacji

\_\_\_\_\_ data złożenia wniosku w DSSS, pieczętka i podpis pracownika

Dochody ojca \_\_\_\_\_

Dochody matki \_\_\_\_\_

Inne dochody \_\_\_\_\_

ha przeliczeniowe \_\_\_\_\_

**RAZEM** \_\_\_\_\_

1 miesiąc \_\_\_\_\_

Ilość osób \_\_\_\_\_

1 miesiąc/1 osobę \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ pieczętka i podpis pracownika DSSS

DRUKOWAĆ DWUSTRONNIE