Załącznik nr 6

WNIOSEK DO KOMISJI STYPENDIALNEJ
O PRZYZNANIE JEDNORAZOWEJ ZAPOMOGI W ROKU AKADEMICKIM 2019/2020

DRUKOWAĆ DWUSTRONNIE

I. DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY – wypełnia wnioskodawca

☐ Student ☐ Doktorant

studia: ☐ stacjonarne ☐ niestacjonarne

☐ I° ☐ II° ☐ jednolite magisterskie

Nr albumu

Data urodzenia ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐ Pesel ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

data wpływu wniosku do DSSS

Nazwisko i imię _____

Kierunek studiów _____ Rok studiów w 2019/2020 _____

Wydział _____

Adres stałego zameldowania _____ Telefon _____

Adres do korespondencji _____ e-mail _____
(zgodny z podanym w dziekanacie właściwego wydziału)

Proszę o przekazywanie przyznanych świadczeń pieniężnych na konto:

Nr rachunku ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐

II. PROSZĘ O PRZYZNANIE JEDNORAZOWEJ ZAPOMOGI Z POWODU: – wypełnia wnioskodawca

☐ Śmierci matki /ojca / rodzeństwa / męża / żony / dzieci*
☐ Kradzieży
☐ Choroby studenta
☐ Urodzenie dziecka
☐ Inne powody (np.: powódź, pożar lub inne zdarzenie losowe) _____

UZASADNIENIE: _____

_____

_____

III. KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1:

1. Administratorem danych przetwarzanych w związku z przyznawaniem świadczeń studentom, doktorantom oraz innym osobom uprawnionym jest Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II (adres: Al. Racławickie 14, 20 – 950 Lublin, adres e-mail: kul@kul.pl, numer telefonu: 81 445 41 01), reprezentowany przez Rektora.
2. Na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim Jana Pawła II powołany został inspektor ochrony danych (adres e-mail: **iod@kul.pl**, numer telefonu: **81 445 32 30**).
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu przyznawania świadczeń.
4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przez okres archiwizacji dokumentacji.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c) ww. Rozporządzenia (tj. wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze).
6. Dane osobowe będą ujawniane osobom upoważnionym do przetwarzania danych w imieniu administratora.
7. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:
   - żądania dostępu do danych osobowych oraz ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
   - wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Realizacja zadań w zakresie przyznawania świadczeń znajduje podstawę w ustawie z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r. poz. 1668). Osoba, której dane dotyczą jest zobowiązana do podania tychże danych, gdy ubiega się o przyznanie świadczeń.

IV. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY W SPRAWIE ŚWIADCZEŃ W ROKU AKADEMICKIM 2019/2020 – obowiązkowo wypełnić

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji - art. 233 § 1 kk („kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8"), odpowiedzialności na podstawie art. 286 § 1 kk („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 cywilnej i dyscyplinarnej oświadczam, że:

- podane przeze mnie dane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;
- przedłożone przeze mnie zaświadczenia (oświadczenia) dokumentują wszystkie dochody członków mojej rodziny, które zobowiązana/y byłam/em wykazać we wniosku;
- nie pobieram stypendium socjalnego, stypendium dla osób niepełnosprawnych, zapomogi, stypendium rektora na innej uczelni lub innym kierunku studiów;
- zapoznałam/em się z zasadami przyznawania świadczeń określonymi w Regulaminie świadczeń KUL oraz z odpowiednimi zarządzeniami do wyżej wymienionego Regulaminu, w tym z okolicznościami, które wykluczają uprawnienia do świadczeń;
- zobowiązuję się do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń i wyrażam zgodę na potrącenie nienależnie pobranych świadczeń z otrzymywanych stypendiów;
- w przypadku zmiany liczby członków rodziny lub innych zmian mających wpływ na prawo do świadczeń, zwłaszcza uzyskania i utraty dochodu, zmiany miejsca zamieszkania w trakcie studiów, ukończenia przez członka rodziny 26 – roku życia, jeśli uczy się w szkole lub w szkole wyższej i nie jest to ostatni rok jego nauki, zobowiązuję się niezwłocznie złożyć stosowny wniosek do Komisji Stypendialnej w tej sprawie.

1. **studiuję dodatkowo:** ***(obowiązkowo wypełnić)***

☐ NIE ☐ TAK

studia: ☐ I stopnia ☐ II stopnia ☐ jednolite magisterskie ☐ doktoranckie

(podać nazwę uczelni, rok i kierunek studiów/w zakresie studiów doktoranckich) _____

_____

2. **ukończyłem/łam studia:** ***(obowiązkowo wypełnić)***

☐ NIE ☐ TAK

studia: ☐ I stopnia ☐ II stopnia ☐ jednolite magisterskie ☐ doktoranckie

data ukończenia (podać nazwę uczelni, lata i kierunek studiów/studia doktoranckie) _____

_____

i posiadam tytuł: _____

3. **studiowałem/łam na studiach** ***(obowiązkowo wskazać wszystkie studiowane dotychczas kierunki studiów)***

☐ NIE ☐ TAK

studia: ☐ I stopnia ☐ II stopnia ☐ jednolite magisterskie ☐ doktoranckie

podać nazwę uczelni, lata i kierunek studiów/studia doktoranckie _____

_____

_____

4. **złożyłam/em wniosek o zapomogę na innym kierunku**

☐ NIE ☐ TAK

studia: ☐ I stopnia ☐ II stopnia ☐ jednolite magisterskie ☐ doktoranckie

podać liczbę otrzymanych zapomóg w danym roku akademickim, nazwę uczelni, kierunek studiów _____

_____

W przypadku pobierania świadczeń na innym kierunku studiów lub innej uczelni zobowiązuję się niezwłocznie pisemnie powiadomić o tym fakcie Komisję Stypendialną.

ZAŁĄCZNIKI: _____

_____

_____

_____ miejscowość, data

_____ podpis studenta/doktoranta

DRUKOWAĆ DWUSTRONNIE

IV. ADNOTACJE PRACOWNIKA DSSS

LICZBA PRZYZNANYCH ZAPOMÓG W ROKU AKADEMICKIM			**Dodatkowe uwagi:**
miesięczny dochód netto na 1 osobę			
stypendium socjalne	bez zwiększenia		
	ze zwiększeniem		
dla osób niepełnosprawnych			
rektora			
wysokość poniesionych kosztów			_____ podpis i pieczątka pracownika

V. DECYZJA KOMISJI STYPENDIALNEJ W ROKU AKADEMICKIM 2019/2020

PRZYZNANO ZAPOMOGĘ W WYSOKOŚCI	Odmowa przyznania zapomogi. UZASADNIENIE:
_____ kwota _____ słownie	

Podpisy członków Komisji Stypendialnej:

1. _____	6. _____	11. _____
2. _____	7. _____	12. _____
3. _____	8. _____	13. _____
4. _____	9. _____	14. _____
5. _____	10. _____	15. _____

_____ data i podpis Przewodniczącego KS