

I. DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY**– wypełnia wnioskodawca**studia: stacjonarne I° II°
 niestacjonarne jednolite magisterskie

Nr albumu

Data urodzenia - -

data wpływu wniosku do DSSS

Pesel

Nazwisko i imię _____

Kierunek studiów _____ Rok studiów w 2024/2025 _____

Wydział _____

Adres stałego zamieszkania _____

Adres do korespondencji _____
(zgodny z podanym w sekretariacie właściwego wydziału)

Telefon _____ e-mail _____

Karta Polaka ważna do _____ Karta pobytu ważna do _____

Proszę o przekazywanie przyznanych świadczeń pieniężnych na konto:

Nr rachunku **II. PROSZĘ O PRYZNANIE JEDNORAZOWEJ ZAPOMOGI Z POWODU:****– wypełnia wnioskodawca**

- Śmierci matki /ojca / rodzeństwa / męża / żony / dzieci* Urodzenia dziecka
- Kradzieży Skutków wywołanych stanem epidemii
- Choroby studenta lub członka jego rodziny Inne powody (np.: powódź, pożar lub inne zdarzenie losowe) _____

UZASADNIENIE: _____

III. KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 ze zm.:

- Administratorem 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.
- Na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim Jana Pawła II wyznaczony został inspektor ochrony danych (adres e-mail: **iod@kul.pl**, numer telefonu: **81 445 32 30**).
- Dane osobowe będą przetwarzane w celu przyznawania świadczeń.
- 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.
- Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c) ww. Rozporządzenia (tj. wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze) oraz art. 9 ust. 2 lit. g) ww. Rozporządzenia (tj. przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą).
- Dane osobowe będą ujawniane osobom upoważnionym do przetwarzania danych w imieniu administratora.
- Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:
 - żądania dostępu do danych osobowych oraz ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).

Realizacja zadań w zakresie przyznawania świadczeń znajduje podstawę w ustawie z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (t. j. Dz. U. z 2023 r. poz. 742 ze zm.).

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 2024/2025

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;
- 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.

Podaj informacje o studiowanych lub ukończonych kierunkach studiów w Polsce i za granicą, w tym wszystkie kierunki studiów w KUL.

1. KIERUNKI STUDIOWANE LUB UKOŃCZONE W KUL

Kierunek	Poziom jednolite magisterskie I stopnia II stopnia	Tryb stacjonarny niestacjonarny i inny	Status ukończone skreślony w trakcie	Data rozpoczęcia (rok, miesiąc, dzień)	Data ukończenia/ skreślenia (rok, miesiąc, dzień)	Liczba odbytych semestrów (w tym urlopy)	Uzyskany tytuł licencjat inżynier magister

2. KIERUNKI STUDIOWANE LUB UKOŃCZONE POZA KUL W POLSCE I ZA GRANICĄ

Uczelnia/Kierunek	Poziom jednolite magisterskie I stopnia II stopnia	Tryb stacjonarny niestacjonarny i inny	Status ukończone skreślony w trakcie	Data rozpoczęcia (rok, miesiąc, dzień)	Data ukończenia/ skreślenia (rok, miesiąc, dzień)	Liczba odbytych semestrów (w tym urlopy)	Uzyskany tytuł licencjat inżynier magister

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

miejsowość, data

czytelny podpis wnioskodawcy

V. ADNOTACJE PRACOWNIKA DSSS

LICZBA PRYZNANYCH 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			
inne świadczenia			
zasady studiowania i rok rozpoczęcia studiów			

DRUKOWAĆ DWUSTRONNIE

podpis i pieczętka pracownika**VI. DECYZJA KOMISJI STYPENDIALNEJ W DNIU W ROKU AKADEMICKIM 2024/2025**

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

data i podpis pracownika DSSS