

.....
data złożenia wniosku

.....
podpis pracownika dziekanatu

WNIOSEK O PRYZYNIANIE STYPENDIUM SPECJALNEGO DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
--

Część A - wypełnia student

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie stypendium

Imię i nazwisko				
Kierunek studiów		Numer albumu	Studia I stopnia	Studia II stopnia
Tryb studiów	Rok studiów	Semestr	Grupa	
Stacjonarne / Niestacjonarne*				
Adres korespondencyjny studenta			Telefon	
Adres e-mail				

*właściwe podkreślić

Oświadczam, że posiadam:

1. Lekki stopień niepełnosprawności:*

- 1) niepełnosprawność w lekkim stopniu w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, *
- 2) częściową niezdolność do pracy oraz celowość przekwalifikowania orzeczoną na podstawie przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, *
- 3) stałą albo długotrwałą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym orzeczoną na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników, jeżeli nie jest to traktowane jako znaczny stopień niepełnosprawności, *
- 4) orzeczenie o zaliczeniu do III grupy inwalidów. *

2. Umiarkowany stopień niepełnosprawności:*

- 1) niepełnosprawność w umiarkowanym stopniu w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz o zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, *
- 2) całkowitą niezdolność do pracy orzeczoną na podstawie przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, *
- 3) orzeczenie o zaliczeniu do II grupy inwalidów. *

.....
(podpis studenta)

3. Znaczny stopień niepełnosprawności: *

- 1) niepełnosprawność w stopniu znacznym w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, *
- 2) całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji orzeczoną na podstawie przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, *
- 3) stałą lub długotrwałą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym i do samodzielnej egzystencji orzeczoną na podstawie przepisów o ubezpieczeniu rolników, *
- 4) orzeczenie o zaliczeniu do I grupy inwalidów. *

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

(uzasadnienie wniosku)

*właściwe podkreślić

Do wniosku dołączam następujące dokumenty potwierdzające stopień niepełnosprawności:

1.
2.
3.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie składałem/am wniosku, nie pobierałem/am i nie będę pobierać w tym roku akademickim *stypendium specjalnego* na innej uczelni lub/i innym kierunku studiów.

.....
(data, podpis studenta)

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za udzielenie nieprawdziwych informacji (art. 233 § 1 kk), odpowiedzialności na podstawie (art. 286 kk) oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej oświadczam, że:

- podane przeze mnie we wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym, a przedłożone przeze mnie zaświadczenia (oświadczenia) i inne dokumenty są zgodne z prawdą,
- zapoznałem/am się z zasadami przyznania pomocy materialnej określonym w Regulaminie przyznania pomocy materialnej dla studentów WSSP, w tym okolicznościami, które wykluczają uprawnienie do tej pomocy.

.....
(podpis studenta)

Zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt. 1 Ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 r. nr 133, poz 883), wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych do celów stypendialnych przez Wyższą Szkołę Społeczno-Przyrodniczą im. Wincentego Pola w Lublinie z siedzibą przy ul. Choiny 2 20-816 Lublin. Zostałem poinformowany/a o przysługującym mi prawie wglądu do moich danych i ich aktualizacji.

.....
(podpis studenta)

Część B – wypełnia Uczelnia

UZASADNIENIE

Na podstawie art. 180 w zw. z art. 184. Ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r. poz. 572, z późn. zm.) oraz § 17 Regulaminu przyznawania pomocy materialnej dla studentów WSSP, kwota przyznanego stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych wynosi:

Rodzaj świadczenia	Kwota miesięcznie	Od m-ca	Do m-ca
Stypendium specjalne dla niepełnosprawnych			

WKS w oparciu o dokumentację załączoną do wniosku ustaliła uprawnienie wnioskodawcy do w/w świadczenia pomocy materialnej dla studentów. Student został zakwalifikowany do stopnia niepełnosprawności:

- znacznego
- umiarkowanego
- lekkiego

Od niniejszej decyzji służy Panu/Pani prawo do wniesienia, w terminie 14 dni od daty jej otrzymania, odwołania do Odwoławczej Komisji Stypendialnej.

.....
(data i podpis Przewodniczącego
Wydziałowej Komisji Stypendialnej)

