



Data złożenia wniosku .....

## WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY MATERIALNEJ na semestr..... w roku akademickim ...../ .....

<b>Nazwisko</b>	<b>Nr PESEL</b>	<b>Nr albumu</b>										
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>											
<b>Imię</b>		<b>Rok studiów</b> (w bież. roku akademickim)										
<b>Kierunek:</b> .....												
<b>Studia</b>	<b>Adres zamieszkania</b> .....	<b>Adres e-mail</b>										
<input type="checkbox"/> STACJONARNE	.....	.....										
<input type="checkbox"/> NIESTACJONARNE	<b>Adres do korespondencji</b> .....	<b>Tel. komórkowy</b>										
	.....	.....										

**WNOSKIJĘ, O PRYZNANIE POMOCY MATERIALNEJ W FORMIE:**

(zaznaczyć właściwe)

- STYPENDIUM SOCJALNEGO** - świadczenie przysługuje przy dochodach do 1051,70 zł netto na 1 osobę w rodzinie,
- ZWIĘKSZENIA STYPENDIUM SOCJALNEGO** .....

Legnica, dnia .....

.....  
*własnoręczny podpis studenta*

1. Oświadczam, że:

- 1) nie będę pobierał/ a pomocy materialnej na innym kierunku w WSM w Legnicy lub na innej Uczelni,
- 2) ukończyłem/nie ukończyłem(am)\* studia I stopnia na Uczelni .....
- 3) ukończyłem/nie ukończyłem(am)\* studia II stopnia na Uczelni.....
- 4) jestem / nie jestem\* żołnierzem zawodowym lub kandydatem na żołnierza zawodowego,
- 5) jestem / nie jestem\* funkcjonariuszem służb państwowych lub funkcjonariuszem w służbie kandydackiej.
2. Świadom(a) odpowiedzialności karnej, cywilno-prawnej i dyscyplinarnej za podanie nieprawdziwych danych, oświadczam, że podane przeze mnie we wniosku informacje są zgodne ze stanem faktycznym.
3. Zapoznałem(am) się z Regulaminem przyznawania świadczeń studentom Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy.

Legnica, dnia .....

.....  
*własnoręczny podpis studenta*

\* niepotrzebne skreślić

Proszę o przekazanie przyznanego **stypendium** na rachunek

**NR KONTA STUDENTA**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Należy podać dane dotyczące własnego konta - nazwę i adres banku

*Oświadczam, że podany przeze mnie numer rachunku bankowego jest zgodny ze stanem faktycznym i jednocześnie zobowiązuję się do natychmiastowego poinformowania Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy o wszelkich zmianach numeru konta, zamknięciu, zablokowaniu konta lub o innych zmianach mających wpływ na przekazywanie świadczeń.*

Legnica, dnia .....

.....  
*własnoręczny podpis studenta*

## UTRATA I UZYSKANIE DOCHODU –

1. utrata dochodu z 2018 r. TAK / NIE\* .....  
(wymienić członka rodziny, który utracił dochód)
2. uzyskanie dochodu w 2018 r.\*\* TAK / NIE\* .....  
(wymienić członka rodziny, który uzyskał dochód)
3. uzyskanie dochodu w 2019 r. TAK / NIE\* .....  
(wymienić członka rodziny, który uzyskał dochód)

\* niepotrzebne skreślić

\*\* dotyczy sytuacji, gdy dochód **nie był** uzyskiwany od początku 2018 r.

## RODZINA SKŁADA SIĘ Z NIŻEJ WYMIENIONYCH OSÓB:

W rubryce „Miesięczny dochód netto w 2018 r.” należy wpisać łączny dochód danej osoby uzyskany z różnych źródeł (np. praca + alimenty+ dochód z gospodarstwa rolnego).

Lp.	Nazwisko i imię	Rok urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Miejsce zatrudnienia/nauki (źródło dochodów)	Miesięczny dochód netto*** w 2018 r.
			student		
1. Miesięczny dochód rodziny					
2. Miesięczna kwota alimentów płaconych na rzecz innych osób nie będących we wspólnym gospodarstwie domowym w 2018 r.					
3. Miesięczny dochód uzyskany w 2019 roku					
4. Miesięczny dochód rodziny (pkt 1 – pkt 2 + pkt 3)					
<b>5. Miesięczny dochód rodziny w przeliczeniu na osobę (pkt 4 : przez liczbę osób w rodzinie)</b>					

\*\*\* Miesięczny dochód netto wylicza się dzieląc roczny dochód przez liczbę przepracowanych miesięcy w 2018 r.

Jeżeli dochód studenta nie przekracza 528,00 zł na osobę należy dołączyć do wniosku o przyznanie stypendium socjalnego zaświadczenia z ośrodka pomocy społecznej o sytuacji dochodowej i majątkowej swojej rodziny.

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Uczelni o trwałych zmianach w sytuacji mojej rodziny.

Legnica, dnia .....

.....  
własnoręczny podpis studenta

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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, WSM w Legnicy informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy, ul. Powstańców Śląskich 3, zwana dalej „Administratorem”. Z Administratorem może się Pani/Pan kontaktować pisemnie za pomocą adresu admin@wsmlegnica.pl;
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony danych, z którym może Pan/Pani kontaktować się we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pana/Pani danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących Panu/Pani na mocy RODO, w za pośrednictwem adresu e-mail: kanclerz@wsmlegnica.pl;
3. Dane osobowe zawarte we wniosku przetwarzane są w celu wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze w związku z prowadzonym postępowaniem o udzielenie Pani/Panu świadczeń pomocy materialnej, w tym również wykonania przez Administratora obowiązków sprawozdawczych, archiwalnych, księgowych realizowanych w oparciu o przepisy prawa – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO;
4. W przypadku wydania decyzji negatywnej o przyznaniu świadczeń pomocy materialnej Pan/Pani dane osobowe będą przechowywane do czasu zakończenia ewentualnego postępowania odwoławczego lub sądowoadministracyjnego, a w przypadku wydania pozytywnej decyzji o świadczeniu dane osobowe będą przechowywane przez okres 50 lat zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego dotyczącymi archiwizacji dokumentów. W przypadku pozostawienia Pana/Pani wniosku bez rozpatrzenia Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane do końca roku akademickiego, w którym Pana/Pani wniosek został złożony;
5. Przysługuje Pani/Pana prawo do dostępu do Pana/Pani danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
6. Podane przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji celów, do jakich są one przetwarzane przez Administratora. Nie podanie przez Pana/Panią danych powoduje brak możliwości celów do jakich są one przetwarzane, a wskazanych powyżej. Ponadto przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, na terytorium RP organem tym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
7. Przy przetwarzaniu danych osobowych nie występuje zautomatyzowane podejmowanie decyzji o przetwarzaniu danych osobowych w tym profilowanie;
8. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą lub mogą być te podmioty, którym Administrator ma obowiązek ich udostępnienia na podstawie przepisów prawa powszechnie obowiązujących (np. organy publiczne), a także podmioty, którym Administrator powierzy przetwarzanie danych osobowych na podstawie umowy w związku ze świadczonymi na rzecz Administratora usługami, które są niezbędne do należytej realizacji celu w jakim dane osobowe są przetwarzane.

Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej w związku z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679.

Legnica, dnia .....

.....  
własnoręczny podpis studenta