Załącznik 2 do Regulaminu świadczeń dla studentów WSS

Imię i nazwisko…………………………………………. Nr albumu…………………

Adres stałego zamieszkania ……………………………………………………………………….

E-mail………………………………… Tel.……………………………………

**WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

Zwracam się z prośbą o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych w roku akademickim ………./……….. Oświadczam, że jestem studentem posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności.

Termin ważności orzeczenia…………………………………….

Do wniosku dołączam kserokopię aktualnego orzeczenia (oryginał do wglądu):

1. ..................................................................................................................

**Oświadczenia studenta**

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem świadczeń dla studentów WSS (Zarządzenie Rektora WSS z dnia 10.09.21.).
2. Oświadczam, że akceptuję Regulamin świadczeń dla studentów WSS (Zarządzenie Rektora WSS z dnia 10.09.2021).
3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną WSS dla studentów uprawnionych do otrzymania stypendium dla osób niepełnosprawnych - art.13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady/UE/2016/679 z dnia 27.04.2016r.
4. Oświadczam, że nie pobieram i nie ubiegam się o stypendium dla osób niepełnosprawnych na innej uczelni. W przypadku otrzymania świadczenia na innej uczelni zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić o tym dziekanat, a nienależnie pobrane świadczenia zostaną przeze mnie zwrócone.
5. Oświadczam, że wiem, iż stypendium dla osób niepełnosprawnych przysługuje na studiach pierwszego stopnia, studiach drugiego stopnia i jednolitych studiach magisterskich, jednak nie dłużej niż przez okres 6 lat (72 miesiące).
6. Oświadczam, pod rygorem odpowiedzialności karnej\*, że okres moich wszystkich dotychczasowych studiów(ukończonych i nieukończonych) nie przekroczył razem 6 lat.
7. Oświadczam, że wiem, iż stypendium dla osób niepełnosprawnych nie przysługuje w przypadku posiadania przeze mnie tytułu zawodowego (również uzyskanego za granicą):

- magistra, magistra inżyniera albo równorzędnego,

- licencjata, inżyniera albo równorzędnego, jeżeli ponownie podejmuję studia pierwszego stopnia.

1. Oświadczam, że nie jestem funkcjonariuszem służb państwowych w służbie kandydackiej i nie jestem funkcjonariuszem służb państwowych, który podjął studia na podstawie skierowania lub zgody właściwego przełożonego i otrzymał pomoc w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie.
2. Oświadczam, że nie jestem kandydatem na żołnierza zawodowego lub żołnierzem zawodowym, który podjął studia na podstawie skierowania przez właściwy organ wojskowy i otrzymał pomoc w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych.
3. Świadomy(a) odpowiedzialności karnej\* i dyscyplinarnej za podanie nieprawdziwych danych oraz obowiązku zwrotu nienależnie pobranych świadczeń oświadczam, że podane we wniosku informacje są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym.

*\*przestępstwo określone w art. 233 § 1 Kodeksu Karnego (Dz.U. z 2017, poz. 2204, z późn. zm.) - „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.”*

 …………………………………………

 (data i podpis studenta)

Proszę o dokonanie przelewu przyznanych świadczeń na moje indywidualne konto w banku.

nazwa banku ………………………………………………………………… nr rachunku

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 …………………………………………

 (data i podpis studenta)

**Decyzja w sprawie przyznania stypendium dla osób niepełnosprawnych:**

Na podstawie Regulaminu świadczeń dla studentów WSS:

przyznano stypendium dla osób niepełnosprawnych w wysokości ....................

nie przyznano stypendium dla osób niepełnosprawnych z powodu:

...................................................................................……………………………………………………………..

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

 …………………………………………

data i podpis