Załącznik 6 do Regulaminu świadczeń dla studentów WSS

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

 (imię i nazwisko)

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

 (numer albumu)

**WNIOSEK O PONOWNE PRZELICZENIE DOCHODU**

 Proszę o ponowne przeliczenie dochodów osiągniętych przez członków mojej rodziny w roku …………….. ze względu na:

1. **utratę dochodu** przez członka mojej rodziny\*)

 ……………………*.............................................................. (podać imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa), od dnia ……………….,* w wysokości ............................. zł netto, co dokumentuję następującym dokumentem .........................................................................................……………………………………………………

*(należy dołączyć dokument potwierdzający)*

1. **uzyskanie dochodu** przez członka mojej rodziny \*)

……………………*.............................................................. (podać imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa), od dnia …………………,* w wysokości ............................. zł netto, co dokumentuję następującym dokumentem …………………………………………………………………………………………………………………………………………

 *(należy dołączyć dokument potwierdzający)*

1. **zmianę liczby członków mojej rodziny**\*)

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

\* właściwe podkreślić

Liczba załączonych dokumentów:

1)

2)

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

 …………………………

(data i podpis studenta)