

Data złożenia wniosku podpis pracownika WSZiA

WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH na rok akademicki/.....

Część A – wypełnia student

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie stypendium

Imię i nazwisko			
PESEL		Numer albumu	
Wydział		Kierunek studiów	
Tryb studiów* stacjonarne niestacjonarne	Rok studiów	Semestr	Telefon
Forma kształcenia* studia pierwszego stopnia studia drugiego stopnia jednolite studia magisterskie			Adres e-mail
Adres korespondencyjny studenta			

* *niepotrzebne skreślić*

Oświadczam, że posiadam:

☐ 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) posiadanie orzeczenia o zaliczeniu do III grupy inwalidów.*

☐ Umiarkowany stopień niepełnosprawności:

- 1) niepełnosprawność w umiarkowanym stopniu w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz 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.*

☐ Znaczny stopień niepełnosprawności:

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

* właściwe podkreślić

(uzasadnienie wniosku)

Do wniosku dołączam następujące dokumenty potwierdzające stopień niepełnosprawności:

1.
2.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem świadczeń dla studentów WSZiA w Opolu.

data i podpis studenta (wymagany)

Część B – wypełnia student

Wyrażam zgodę na przesyłanie mi drogą elektroniczną informacji związanych z bieżącym tokiem postępowania w sprawie stypendium dla osób niepełnosprawnych na podany niżej adres e-mail. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że decyzje dot. niniejszego wniosku zostaną umieszczone w formie dokumentu elektronicznego na indywidualnym Elektronicznym Indeksie Studenta.

.....
data i podpis studenta

Proszę o dokonanie przelewu świadczeń na rachunek:

[illegible]

.....
data i podpis studenta

Wyrażam zgodę na przelanie kwot przyznanych mi świadczeń na pokrycie kosztów czesnego.

.....
data i podpis studenta

OŚWIADCZENIA STUDENTA

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji (art. 233 §1 KK), odpowiedzialności na podstawie art. 286 KK oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej mając na uwadze, że:

- świadczenia przysługują na studiach pierwszego stopnia, studiach drugiego stopnia i jednolitych studiach magisterskich, jednak nie dłużej niż przez okres 6 lat,
- świadczenia nie przysługują studentowi posiadającemu tytuł zawodowy magistra, magistra inżyniera albo równorzędny (niezależnie kiedy został on uzyskany i na jakim kierunku studiów); licencjata, inżyniera albo równorzędny, jeżeli student ponownie podejmuje studia pierwszego stopnia,
- świadczenia otrzymane na podstawie nieprawdziwych danych podlegają zwrotowi,

oświadczam, że:

- zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Uczelni o upływie łącznego okresu 6 lat studiów na studiach pierwszego stopnia, drugiego stopnia i jednolitych studiach magisterskich;
- równocześnie studiuję TAK/NIE* na studiach I stopnia / II stopnia / jednolitych magisterskich*: (jeżeli tak, należy podać nazwę uczelni, kierunek i datę rozpoczęcia studiów):
.....
i zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Uczelni o ukończeniu tych studiów;
- studiowałem/am już wcześniej TAK/NIE*, ale studia nie zostały ukończone (jeżeli tak, należy podać nazwę uczelni, miesiąc i rok rozpoczęcia i zakończenia/skreślenia oraz poziom studiów)
.....
- ukończyłem/am już studia TAK/NIE* I stopnia / II stopnia / jednolite magisterskie* (jeżeli tak, należy podać nazwę uczelni, kierunek oraz miesiąc i rok rozpoczęcia jak i ukończenia)
.....
- posiadam już tytuł zawodowy licencjata, inżyniera lub równorzędny: TAK/NIE*;
- posiadam już tytuł zawodowy magistra, magistra inżyniera lub równorzędny: TAK/NIE*;
- jestem/nie jestem* kandydatem na żołnierza zawodowego ani 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, a także, że nie jestem funkcjonariuszem służb państwowych w służbie kandydackiej ani 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.

.....
miejscowość, data

.....
podpis studenta (wymagany)

*niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania z art. 233 § 1 kodeksu karnego (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) oraz odpowiedzialności dyscyplinarnej za podawanie nieprawdziwych danych, **o ś w i a d c z a m**, że podane wyżej informacje dotyczące spełnienia warunków niezbędnych do otrzymania świadczeń dla studentów są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym.

.....
data i podpis studenta (wymagany)

OŚWIADCZENIE

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego zeznania z art. 233 § 1 kodeksu karnego (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) oraz odpowiedzialności dyscyplinarnej za podawanie nieprawdziwych danych, oświadczam, że nie ubiegam się i nie pobieram stypendium dla osób niepełnosprawnych na żadnym innym kierunku studiów, w tym na innej uczelni.

.....
data i podpis studenta (wymagany)

~~~~~  
**Zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 z późn. zm.) wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych –Wyższą Szkołę Zarządzania i Administracji w Opolu, z siedzibą w Opolu, 45-085, ul. Niedziałkowskiego 18, w celu przyznania świadczeń dla studentów WSZiA w Opolu finansowanej z budżetu państwa. Dane osobowe przekazuję dobrowolnie i oświadczam, że są zgodne z prawdą. Zapoznałem(-łam) się z treścią klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych, w tym z informacją o celu i sposobie przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie do ich poprawiania.**

.....  
data i podpis studenta (wymagany)

.....  
wniosek sprawdzono pod względem formalno – rachunkowym  
(data i podpis osoby upoważnionej)

.....  
wniosek sprawdzono pod względem merytorycznym  
(data i podpis osoby upoważnionej)