

.....
data złożenia wniosku

.....
podpis pracownika

WNIOSEK O PRYZYNIANIE STYPENDIUM
DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Część A - wypełnia student

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie stypendium

Imię i nazwisko				
Kierunek studiów	Numer albumu	Jednolite Studia Magisterskie	Studia I stopnia	Studia II stopnia
Tryb studiów Stacjonarne / Niestacjonarne*	Rok studiów	Semestr	Grupa	
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) posiadanie orzeczenia 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 dla osób niepełnosprawnych* 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 przyznawania pomocy materialnej określonym w Regulaminie przyznawania pomocy materialnej dla studentów AWP, w tym okolicznościami, które wykluczają uprawnienie do tej pomocy.

.....
(podpis studenta)

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych do celów stypendialnych przez Akademię Nauk Stosowanych Wincentego Poła 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 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2022 r. poz. 574) oraz § 17 Regulaminu przyznawania pomocy materialnej dla studentów AWP, kwota przyznanego stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych wynosi:

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

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)

OŚWIADCZENIE

Proszę o przekazanie mi stypendium dla osób niepełnosprawnych na podany niżej numer rachunku bankowego. Jednocześnie oświadczam, że poniższy numer jest aktualny i aktywny.

.....
 (podpis studenta)

Dane osoby ubiegającej się o przyznanie stypendium

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

*właściwe podkreślić

Nazwa banku:																						
Oddział:																						
Numer konta:																						

.....
 (podpis studenta)