

Nazwisko i imię studenta:	
Adres do korespondencji:	
Adres e-mail:	Numer telefonu:
Kierunek studiów:	Poziom studiów: I stopnia/ II stopnia³⁾
Nr albumu:	Rok studiów:
System studiów: stacjonarne/ niestacjonarne³⁾	
Nazwa banku:	
Nr konta bankowego (26 cyfr)	

Data wpływu wniosku:

Dziekan/ Studencka Komisja Stypendialna

Wydziału

WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM SPECJALNEGO DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W ROKU AKADEMICKIM

Proszę o przyznanie mi pomocy materialnej w formie **stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych**.

Stopień niepełnosprawności (zaznaczyć odpowiedni kwadrat):

- znaczny umiarkowany lekki

Orzeczony stopień niepełnosprawności ma charakter (zaznaczyć odpowiedni kwadrat):

- trwały, orzeczenie zostało wydane na stałe,
 okresowy, orzeczenie zostało wydane na czas określony do dnia

Pouczenie:

Ubiegając się o stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych należy przedłożyć orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie traktowane na równi z tym orzeczeniem.

Znaczny stopień niepełnosprawności oznacza:

- 1) niepełnosprawność w stopniu znacznym w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz o zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- 2) całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji orzeczoną na podstawie przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;
- 3) stałą albo długotrwałą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym i do samodzielnej egzystencji albo trwałą lub okresową całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym i do samodzielnej egzystencji orzeczoną na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników w celu uzyskania świadczeń określonych w tych przepisach,
- 4) posiadanie orzeczenia o zaliczeniu do I grupy inwalidów,
- 5) niezdolność do samodzielnej egzystencji orzeczoną na podstawie przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników.

Umiarkowany stopień niepełnosprawności oznacza:

- 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) posiadanie orzeczenia o zaliczeniu do II grupy inwalidów.

Lekki stopień niepełnosprawności oznacza:

- 1) niepełnosprawność w stopniu lekkim w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- 2) częściową niezdolność do pracy orzeczoną na podstawie przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;
- 3) posiadanie orzeczenia o zaliczeniu do III grupy inwalidów

DODATKOWE INFORMACJE:

1. W sprawie studiów równoległych w innej Uczelni lub na innym Wydziale UTP

DOTYCZY

NIE DOTYCZY

Oświadczam, że równoległe odbywam studia (zaznaczyć odpowiedni kwadrat):

- w UTP/ Wydział (podać jaki:)
- w innej Uczelni (podać jakiej:)

Na kierunku studiów: studia: stacjonarne/niestacjonarne³⁾

Planowana data ukończenia studiów równoległych:

Oświadczam, że jestem świadomy obowiązku złożenia oświadczenia o niepobieraniu świadczeń pomocy materialnej na więcej niż jednym kierunku studiów według wzoru nr 12.

2. W sprawie ukończonych studiów wyższych	
<input type="checkbox"/> DOTYCZY	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY
Oświadczam, że:	
<input type="checkbox"/> w dniu/...../..... (podać m-c i rok) ukończyłam/ukończyłem studia wyższe: I stopnia/II stopnia/jednolite studia magisterskie ^{*)} w (podać nazwę Uczelni) kierunek:	
<input type="checkbox"/> w dniu/...../..... (podać m-c i rok) ukończyłam/ukończyłem studia wyższe: I stopnia/II stopnia/jednolite studia magisterskie ^{*)} w (podać nazwę Uczelni) kierunek:	
<input type="checkbox"/> w dniu/...../..... (podać m-c i rok) ukończyłam/ukończyłem studia wyższe I stopnia/II stopnia/jednolite studia magisterskie ^{*)} w (podać nazwę Uczelni) kierunek:	
3. W związku z art. 184 ust. 5 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym (wypełniają studenci studiów II stopnia)	
Oświadczam, że studia drugiego stopnia po raz pierwszy podjąłem/podjęłam w dniu/...../..... (dzień/miesiąc/rok).	
4. W związku z art. 447 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce	
<input type="checkbox"/> DOTYCZY	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem kandydatem na żołnierza zawodowego lub żołnierzem zawodowym, który podjął studia na podstawie skierowania przez właściwy organ wojskowy i otrzymuję pomoc w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (art. 447 ust. 1 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce).	
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem funkcjonariuszem służb państwowych w służbie kandydackiej albo funkcjonariuszem służb państwowych, który podjął studia na podstawie skierowania lub zgody właściwego przełożonego i otrzymuje pomoc w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie (art. 447 ust. 2 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce).	

Pouczenie:

Osoba, która pobrała nienależne świadczenia pomocy materialnej, jest obowiązana do ich zwrotu. Za nienależnie pobrane świadczenia uważa się:

- świadczenia pomocy materialnej wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie lub wstrzymanie prawa do świadczeń pomocy materialnej,
- świadczenia przyznane lub wypłacone na podstawie fałszywych zeznań lub dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd przez studenta,
- świadczenia pomocy materialnej przyznane na podstawie decyzji, której następnie stwierdzono nieważność z powodu jej wydania bez podstawy prawnej lub z rażącym naruszeniem prawa albo świadczenia przyznane na podstawie decyzji, która została następnie uchylona w wyniku wznowienia postępowania i studentowi odmówiono prawa do świadczenia pomocy materialnej.

W przypadku nienależnego pobrania przez studenta świadczenia, o którym mowa w pkt. b, rektor kieruje wnioskiem do rozpatrzenia przez komisję dyscyplinarną dla studentów, niezależnie od odpowiedzialności karnej przewidzianej przepisami prawa.

Oświadczam, że jestem świadomy/ świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Przekazanie danych osobowych jest obowiązkowe, a ich przetwarzanie jest niezbędne w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze. Administratorem danych jest Uniwersytet Technologiczno-Przyrodniczy w Bydgoszczy (Al. Prof. S. Kaliskiego 7, 85-796 Bydgoszcz).

Administrator przetwarza dane osobowe zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. ("RODO").

Pełna informacja dla osób, których dane dotyczą znajduje się na stronie internetowej <https://odo.utp.edu.pl/>

Data

.....
(podpis studenta)

WYPEŁNIA DZIEKANAT			
Stwierdzam :			
<input type="checkbox"/> kompletność dokumentacji potwierdzającej stopień niepełnosprawności,		<input type="checkbox"/> brak wymaganych dokumentów.	
Wzevano studenta do uzupełnienia brakującej dokumentacji w dniu:		Data złożenia pełnej dokumentacji:	
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny	<input type="checkbox"/> umiarkowany	<input type="checkbox"/> lekki
..... Data podpis pracownika Dziekanatu		
DECYZJA DZIEKANA/ STUDENCKIEJ KOMISJI STYPENDIALNEJ			
<input type="checkbox"/> PRZYZNANO stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych w kwocie zł / mies., na okres mies. od m-ca			
<input type="checkbox"/> NIE PRZYZNANO stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych			
..... Data	 podpis Dziekana/ Przewodniczącego SKS	
DECYZJA REKTORA/ UCZELNIANEJ STUDENCKIEJ KOMISJI STYPENDIALNEJ (odwołanie)			
<input type="checkbox"/> PRZYZNANO stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych w kwocie zł / mies., na okres mies. od m-ca			
<input type="checkbox"/> NIE PRZYZNANO stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych			
..... Data	 podpis Rektora/ Przewodniczącego USKS	