Data złożenia wniosku …………………………

Podpis rektora/członka WKS………………

**W N I O S E K  
O PRZYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

**na semestr zimowy/letni \*) w roku akademickim 20...../20........**

**Rektor/ Komisja Stypendialna Wydziału\*)** ..................................................................

**I. Dane studenta *(wypełnia student)***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko i imię** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | **Obywatelstwo** | | | | |
| **Kierunek studiów** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Poziom studiów \*\*)** | | | | | | | **I. stopnia**   * **3 letnie** * **3,5/4 letnie** | | | | | | | | **II. stopnia**   * **1,5 roczne** * **2 letnie** | | | **III stopnia**   * **4 letnie** |
| **Forma studiów \*\*)** | | | | | | | | | | * **stacjonarne** * **niestacjonarne** | | | | | | **Rok studiów** | **Nr albumu** | |
| **Adres do korespondencji** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adres e-mail** | | | | | | | | | | | | | | | | **Telefon** | | |

**Proszę o dokonanie przelewu stypendium na następujące konto bankowe:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa i adres banku:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nr rachunku** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*(proszę podać pełny 26-cyfrowy numer konta)*

Ubiegając się o stypendium dla osób niepełnosprawnych należy przedłożyć orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie traktowane na równi z tym orzeczeniem, zgodnie z zapisem w Regulaminie świadczeń dla studentów Uniwersytetu Morskiego w Gdyni oraz wyjaśnieniami umieszczonymi we wniosku.\*\*\*)

**Stopień niepełnosprawności: \*\*)**

 **znaczny**

 **umiarkowany**

 **lekki**

**Orzeczony stopień niepełnosprawności ma charakter: \*\*)**

 **trwały, orzeczenie zostało wydane na stałe**

 **okresowy, orzeczenie zostało wydane do dnia: ……………………………………**

Oświadczam, że podane wyżej informacje są prawdziwe oraz że zapoznałem się z Regulaminem przyznawania pomocy materialnej dla studentów UMG obowiązującym w roku akademickim 20…../20….. .

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

data podpis studenta

*Oświadczam, że zostałem/am zaznajomiony/a z zasadami ochrony danych osobowych obowiązującymi w Uniwersytecie Morskim w Gdyni oraz aktualnie obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, zawartymi w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO). Umożliwiono mi zapoznanie się ze szczegółową informacją dot. zasad przetwarzania danych osobowych.*

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

data podpis studenta

**II. Dodatkowe adnotacje** (wypełnia dziekanat)

1. …………………………………………………………………………………………..…….   
2. …………………………………………………………………………………………..…….

3. …………………………………………………………………………………………..…….

**III. Decyzja Rektora/Wydziałowej Komisji Stypendialnej \*) w roku akademickim 20.…/20.…:  
  
Dane studenta ………………………………………………………………………………….**

|  |  |
| --- | --- |
| **Semestr zimowy/semestr letni** | **Przyznana kwota**  ***(zł/miesięcznie)*** |
| **stypendium dla osób niepełnosprawnych:** *przyznano / nie przyznano\*)*  stypendium przyznano na okres od ……………….…. do…………………….…… |  |
| uzasadnienie odmowy przyznania stypendium: …………………………………………................................................................................................  ………………………………………………………………………………………………………… | |

…………….………………………………………

*data, pieczęć i podpis Rektora*

*(Przewodniczącego Wydziałowej Komisji Stypendialnej)\*)*

**Punkt III obowiązkowo wypełnia rektor/WKS**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*) niepotrzebne skreślić*

*\*\*) właściwe zaznaczyć*

*\*\*\*) Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (. j. Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92 z późn. zm.) za równoważne (o ile nie utraciło ono ważności przed dniem wejścia w życie ww. ustawy tj. przed dniem 1 stycznia 1998 r.) uznaje się odpowiednio:*

1) ***na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności****: a) orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji; b) orzeczenie o zaliczeniu do I grupy inwalidów; c) w przypadku osób o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym - osoby niepełnosprawne, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny;*

2) ***na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności****: a) orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o całkowitej niezdolności do pracy; b) orzeczenie o zaliczeniu do II grypy inwalidów;*

3) ***na równi z orzeczeniem o lekkim stopniu niepełnosprawności****: a) orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o częściowej niezdolności do pracy oraz celowości przekwalifikowania; b) orzeczenie o zaliczeniu do III grypy inwalidów; c) w przypadku osób o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym - pozostałe osoby niepełnosprawne.*