

**Wniosek do Wydziałowej Komisji Stypendialnej
o ponowne przeliczenie dochodu**

IMIĘ I NAZWISKO																				
WYDZIAŁ						KIERUNEK														
NUMER ALBUMU						ROK STUDIÓW			FORMA STUDIÓW	stacjonarne			niestacjonarne							
										I st.	II st.	jednolite	I st.	II st.	jednolite					
PESEL																				
NUMER TELEFONU									ADRES E-MAIL										
ADRES DO KORRESPONDENCI																			

Wnioskuje o ponowne przeliczenie dochodów osiągniętych przez członków mojej rodziny w roku ze względu na:

1. **utrata¹** dochodu przez

.....,

stopień pokrewieństwa, co dokumentuję następującymi załącznikami:

-
-
-
-

(należy dołączyć dokumenty potwierdzające utratę dochodu tj.: świadectwo pracy, dokument potwierdzający miesięczną wysokość netto utraconego dochodu, zaświadczenie z Urzędu Pracy)

2. **uzyskanie²** dochodu przez,

stopień pokrewieństwa, co dokumentuję następującymi załącznikami:

-
-
-
-

(należy dołączyć dokument potwierdzający uzyskanie dochodu oraz zaświadczenie potwierdzające miesięczną wysokość netto uzyskanego dochodu)

3. Łączna kwota alimentów świadczonych na rzecz innych osób w roku wyniosła.....zł.

Miejscowość i data:

Podpis wnioskodawcy:

Wypełnia pracownik Działu Pomocy Materialnej

Adnotacje:	Miesięczny dochód rodziny po odliczeniach	
	Liczba osób w rodzinie	
	Dochód na jedną osobę po ponownym przeliczeniuzłgr
 Pieczętka i podpis pracownika wyliczającego dochód	
..... Data złożenia wniosku Pieczętka i podpis pracownika przyjmującego wniosek	

¹ Zgodnie z art. 3 pkt 23 ustawy o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2003 r., Nr 228, poz. 2255, z późn. zm.).

² Zgodnie z art. 3 pkt 24 ustawy o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2003 r., Nr 228, poz. 2255, z późn. zm.).

DECYZJE – wypełniają Komisje:		
WYDZIAŁOWA KOMISJA STYPENDIALNA w dniu postanawia:		
<input type="checkbox"/> zmienić decyzję nr z dnia : <input type="checkbox"/> w części i przyznać stypendium <input type="checkbox"/> w całości i przyznać stypendium	w kwocie: zł	od dnia do dnia
<input type="checkbox"/> odmówić zmiany/uchylenia decyzji	z powodu	
<input type="checkbox"/> pozostawić wniosek bez rozpoznania	z powodu	
<input type="checkbox"/> uchylić decyzję <input type="checkbox"/> wygasić decyzję	z powodu	
Przewodniczący Komisji: Podpisy członków Komisji:		
Adnotacje Komisji:		

ODWOŁAWCZA KOMISJA STYPENDIALNA w dniu postanawia:		
<input type="checkbox"/> utrzymać zaskarżoną decyzję w mocy		
<input type="checkbox"/> uchylić zaskarżoną decyzję w całości/w części i przyznać świadczenia w postaci: <input type="checkbox"/> stypendium socjalnego <input type="checkbox"/> stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości	w kwocie: zł	od dnia do dnia
<input type="checkbox"/> uchylić zaskarżoną decyzję w całości i przekazać sprawę do ponownego rozpatrzenia Wydziałowej Komisji Stypendialnej		
<input type="checkbox"/> pozostawić odwołanie bez rozpoznania	z powodu	
<input type="checkbox"/> stwierdzić niedopuszczalność odwołania		
<input type="checkbox"/> stwierdzić uchybienie terminu do wniesienia odwołania		
Przewodniczący Komisji: Podpisy członków Komisji:		
Adnotacje Komisji:		