załącznik nr 5
do Regulamin ustalania i przyznawania pomocy materialnej dla studentów ASP w Gdańsku,
Załącznika nr 1 do Zarządzenia nr 44/2017 Rektora ASP w Gdańsku z dnia 29.09.2017

WNIOSEK O PONOWNE PRZELICZENIE DOCHODU

Nazwisko i imię:			Tryb studiów(stacjonarne/ niestacjonarne)*
*studia I stopnia	*studia II stopnia	*jednolite studia magisterskie	Nr albumu:
Seria i numer dowodu osobistego:			PESEL:
Kierunek:			rok:
Adres korespondencyjny na który należy wysłać decyzję (należy podać dokładny adres z kodem)			Miejsce stałego zameldowania (z kodem)
Nr telefonu:			e-mail:
Nazwa, adres banku:			
Nr konta bankowego			

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

1. ***utratę dochodu***[1] przez: członka mojej rodziny……
2. ***uzyskanie dochodu***[2] przez członka mojej rodziny……

OPIS SYTUACJI UZYSKANIA DOCHODU/OPIS SYTUACJI UTRATY DOCHODU:

Celem udokumentowania sytuacji określonej w pkt 1* / pkt 2* przedstawiam następujące załączniki:

1. ……
2. ……
3. ……
4. ……
5. ……

Świadomy odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załączonych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym. W przypadku zaistnienia okoliczności mających wpływ na wysokość dochodu na osobę w mojej rodzinie, zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić pisemnie o tym fakcie pracownika Sekcji Organizacji Kształcenia właściwego Wydziału.

……
Data i czytelny podpis studenta

wypełnia pracownik przyjmujący wniosek:

Data złożenia wniosku i podpis pracownika przyjmującego wniosek:	Ilość załączników

wypełnia pracownik SN:

PO PRZELICZENIU DOCHODU WNIOSEK KWALIFIKUJE SIĘ DO PRZYZNANIA STYPENDIUM SOCJALNEGO: ***TAK / NIE**	DATA ROZPATRZENIA WNIOSKU	PODPIS PRACOWNIKA SN
W WYSOKOŚCI: …… zł.		

*Niewłaściwe skreślić