

Data złożenia wniosku Podpis pracownika Działu Nr wniosku: APD5- -540- /20.....

Nazwisko i imię studenta	PESEL
Nr albumu	adres stałego zameldowania /kod poczt., miejscowość, ulica, województwo / ↓
Wydział Kierunek
Rok studiów w roku akad: 20...../20.....
Tryb studiów: stacjonarne / niestacjonarne – wieczorowe, zaoczne *) Rodzaj studiów: jednolite magisterskie / pierwszego stopnia / drugiego stopnia *) Status studenta: bez warunku; warunkowo; na urlopie dziekańskim, zdrowotnym; powtarzam rok studiów *)	adres do korespondencji /kod poczt., miejscowość, ulica, województwo / ↓
Studia równoległe: /nazwa Uczelni – kierunek - rok studiów/
Data i rodzaj ukończenia innych studiów **)	Telefon kontaktowy
..... /nazwa Uczelni – kierunek : jednolite magisterskie / pierwszego stopnia / drugiego stopnia / *)	komórkowy
.....	stacjonarny
.....	Adres e-mail

WNIOSEK O PRYZNANIE:

- Stypendium socjalnego** w kwocie zł (kategoria dochodu)
- Stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości z tytułu zakwaterowania w domu studenckim lub obiekcie innym niż dom studencki** w kwocie zł (kategoria dochodu)

UZASADNIENIE wniosku:

1/ dochód miesięczny netto na osobę w rodzinie wynosi: (słownie:.....)

2/ Z uwagi na szczególne okoliczności dołączam oddzielne uzasadnienie na piśmie: **TAK / NIE****Dane dotyczące członków rodziny studenta**

/ w tym dzieci uczące się do 26 lat lub dzieci z niepełnosprawnością bez względu na wiek/

L.P.	a/ Nazwisko i imię (wszystkich członków rodziny)	Stopień pokrewieństwa (względem wnioskodawcy)	Data urodzenia	Dochody netto w ubiegłym roku kalendarzowym			Dochód roczny netto ogółem	Dochód miesięczny netto ogółem
	b/ miejsce zatrudnienia /nazwa zakładu pracy lub działalności gospodarczej/ lub nauki (szkola-klasa / uczelnia-rok nauki)			Opodatkowane na zasadach ogólnych	Opodatkowane zryczałtowanym podatkiem dochodowym	Inne (niepodlegające opodatkowaniu)		
1 a		wnioskodawca						
1 b	student WUM							
2 a								
2 b								
3 a								
3 b								
4 a								
4 b								
5 a								
5 b								
6 a								
6 b								
7 a								
7 b								
						Razem zł :		

Łączna kwota alimentów świadczonych na rzecz innych osób oraz opłat z tytułu przebywania członka rodziny w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie wyniosła w ubiegłym roku.....zł

Dochód utracony*) wynosi.....zł. Dochód uzyskany*) wynosi.....zł.

„za potwierdzeniem odbioru” : APD5-0734-...../20.....