

## WNIOSEK

**DO KOMISJI STYPENDIALNEJ VIAMODA SZKOŁY WYŻSZEJ W WARSZAWIE**

## O PRYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH w roku akademickim 2024/2025

## I. DANE STUDENTA

Imię i nazwisko			Telefon kontaktowy
Nr albumu	Rok studiów	Forma (stacjonarna/niestacjonarna)	E-mail
Adres stałego zamieszkania			Adres korespondencyjny

## II. OŚWIADCZENIA STUDENTA DOTYCZĄCE INNYCH KIERUNKÓW STUDIÓW I OKRESU STUDIOWANIA

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 17 ze zm.) oświadczam, że **w roku akademickim 2024/2025** (zaznaczyć znakiem **X** właściwy kwadrat):

<input type="checkbox"/> nie ubiegam się o stypendium dla osób niepełnosprawnych na innym kierunku studiów	<input type="checkbox"/> ubiegam się/pobieram stypendium dla osób niepełnosprawnych także na innym kierunku studiów: ..... <i>kierunek, nazwa uczelni</i>
<input type="checkbox"/> nie ukończyłam/em do tej pory żadnego kierunku studiów	<input type="checkbox"/> posiadam tytuł zawodowy licencjata, inżyniera, magistra, magistra inżyniera lub równorzędny (w tym także uzyskany za granicą)*
<input type="checkbox"/> studiowałam/em do tej pory w VIAMODA i/lub w innych uczelniach	
Semestr zimowy roku akademickiego 2024/2025 jest moim: ..... (wpisać cyfrą i słownie) semestrem studiów w ogóle, włączając w to <u>wszystkie dotychczasowe rozpoczęte semestry moich studiów</u> , w tym rozpoczęty przeze mnie semestr studiów w VIAMODA i na innych uczelniach.	
<b>UWAGA! W przypadku studiów w innych uczelniach należy wypełnić Załącznik nr 5.</b>	
1. Jestem świadoma/y, że świadczenia z funduszu stypendialnego mogę pobierać tylko w jednej uczelni i tylko na jednym kierunku studiów – zgodnie z art. 93. ust. 1. ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce. 2. Jestem świadoma/y, że świadczenia z funduszu stypendialnego przysługują mi przez łączny okres wynoszący 12 semestrów na studiach I stopnia (nie dłużej, niż 9 semestrów) i II stopnia (nie dłużej, niż 7 semestrów), <u>bez względu na ich pobieranie</u> i nie przysługują mi na studiach I stopnia, jeśli posiadam tytuł zawodowy licencjata, inżyniera, magistra, magistra inżyniera lub równorzędnny (w tym także uzyskany za granicą), a na studiach II stopnia nie przysługują mi, jeśli posiadam tytuł magistra, magistra inżyniera lub równorzędnny – zgodnie z art. 93. ust. 2 i 3. ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce. Jeśli niepełnosprawność powstała w trakcie studiów lub po uzyskaniu tytułu zawodowego, świadczenie przysługuje przez dodatkowy okres 12 semestrów. 3. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia organu przyznającego świadczenie o wystąpieniu okoliczności powodującej utratę prawa do świadczenia – zgodnie z art. 94. ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.	
..... czytelny podpis studenta	

**III. ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** (zaznaczyć właściwy kwadrat znakiem X)

**Oświadczam, że posiadam orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność** (rodzaj niepełnosprawności wypełnia się na podstawie orzeczenia o niepełnosprawności, orzeczenia o stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia, o którym mowa w art. 5 oraz art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 44 ze zm.)):

☐ stopień znaczny (I grupa – całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji)

☐ stopień umiarkowany (II grupa – całkowita niezdolność do pracy)

☐ stopień lekki (III grupa – częściowa niezdolność do pracy)

☐ orzeczenie ważne do: ..... / ..... / ..... (dzień/ miesiąc/ rok)

☐ orzeczenie wydano na stałe

Niepełnosprawność powstała w roku .....

**IV. PROSZĘ O PRZEKAZYWANIE PRYZNANEGO STYPENDIUM NA MOJE KONTO O NUMERZE:**

[illegible]

## Oświadczenia końcowe

1. Zapoznałam/em się z *Regulaminem świadczeń dla studentów VIAMODA Szkoły Wyższej*. W przypadku otrzymania stypendium niezgodnie z postanowieniami ww. regulaminu lub ustawy *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce*, zobowiązuje się do zwrotu niesłusznie pobranych kwot stypendium.
2. Świadoma/y odpowiedzialności karnej, cywilnoprawnej i dyscyplinarnej za podanie nieprawdziwych danych, oświadczam, że podane powyżej informacje są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym. Zobowiązuję się do niezwłocznego (bez wezwania) powiadomienia organu przyznającego świadczenie o każdej zmianie mającej wpływ na prawo do stypendium lub na jego wysokość.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania w sprawie przyznania stypendium dla osób niepełnosprawnych.

**Załączniki:**

1. Orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność wydane przez

**data i czytelny podpis studenta**

*data i podpis osoby przyjmującej wniosek*

\*niepotrzebne skreślić