Załącznik nr 3
do Regulaminu świadczeń dla studentów VIAMODA Szkoły Wyższej

WNIOSEK
DO KOMISJI STYPENDIALNEJ VIAMODA SZKOŁY WYŻSZEJ W WARSZAWIE
O PRZYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH w roku akademickim 2025/2026

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 2025 r. poz. 383 ze zm.) oświadczam, że **w roku akademickim 2025/2026** *(zaznaczyć znakiem* **X** *właściwy kwadrat):*

☐ *nie ubiegam się o* stypendium dla osób niepełnosprawnych *na innym kierunku studiów*	☐ ubiegam się/pobieram stypendium dla osób niepełnosprawnych także na innym kierunku studiów: ..... *kierunek, nazwa uczelni*
☐ *nie ukończyłam/em do tej pory żadnego kierunku studiów*	☐ posiadam tytuł zawodowy licencjata, inżyniera, magistra, magistra inżyniera lub równorzędny (w tym także uzyskany za granicą)*

☐ *studiowałam/em do tej pory* w VIAMODA i/lub w innych uczelniach

Semestr zimowy roku akademickiego 2025/2026 jest moim: ….. …… *(wpisać cyfrą i słownie)* semestrem studiów w ogóle, włączając w to wszystkie dotychczasowe rozpoczęte semestry moich studiów, w tym rozpoczęty przeze mnie semestr studiów w VIAMODA i na innych uczelniach.

UWAGA! W przypadku studiów w innych uczelniach należy* wypełnić *Załącznik nr 5.

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), bez względu na ich pobieranie i nie przysługują mi na studiach I stopnia, jeśli posiadam tytuł zawodowy licencjata, inżyniera, magistra, magistra inżyniera lub równorzędny (w tym także uzyskany za granicą), a na studiach II stopnia nie przysługują mi, jeśli posiadam tytuł magistra, magistra inżyniera lub równorzędny – 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. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. *o* rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 913 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 PRZYZNANEGO STYPENDIUM NA MOJE KONTO O NUMERZE:

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*, zobowiązuję 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*