Załącznik 3 do Regulaminu świadczeń dla studentów AMiSNS w Elblągu z dnia 25.09.2025 r.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data złożenia** | **Dochód na osobę w rodzinie studenta** | **Kwota przyznanej zapomogi** |
|  |  |  |
| **Podpis pracownika AMiSNS** | **Podpis pracownika AMiSNS** | **Podpis dziekana** |

**WNIOSEK**

**o przyznanie ZAPOMOGI**

# dla studentów Akademii Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych w roku akademickim 2025/2026

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE** | | | | |
| **NAZWISKO I IMIĘ** |  | | | |
| **MIEJSCOWOŚĆ** |  | **ULICA/NUMER** |  | |
| **KOD POCZTOWY** |  | **POCZTA** |  | |
| **NR TELEFONU** |  | **E-MAIL** |  | |
| **WYDZIAŁ** |  | | | |
| **KIERUNEK** |  | | | |
| **STOPIEŃ STUDIÓW** | **ROK STUDIÓW** | **SEMESTR STUDIÓW** | **FORMA STUDIÓW** | **NR ALBUMU** |
| o licencjackie  o magisterskie  o jednolite |  |  | * stacjonarny * niestacjonarny |  |

**Proszę o przyznanie zapomogi z powodu** …………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..

Do wniosku dołączam :

1. ……………………………………………………………….

2. ……………………………………………………………….

3. ……………………………………………………………….

4. ……………………………………………………………….

5. ……………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| ..........................................  miejscowość, data | .................................................  podpis studenta |

**Dane dotyczące członków rodziny (w tym dzieci do 26 lat) – wypełnia student**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Stopień Pokrewieństwa | Imię i nazwisko | Rok urodzenia | Miejsce zatrudnienia,  Miejsce kształcenia (uczelnia, rok nauki) |
| 1.Wnioskodawca |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |

1. Oświadczam, że:
   1. Prowadzę wspólne gospodarstwo domowe z rodzicami / jestem samodzielny finansowo,
   2. ja oraz moja rodzina nie osiągnęliśmy innych dochodów niż podane poniżej,
   3. powyższe dane są prawdziwe,

|  |  |
| --- | --- |
| ..........................................  miejscowość, data | .................................................  podpis studenta |

Wypełnia student

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOCHÓD NETTO OSIĄGNIĘTY W ROKU 2024** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Członkowie rodziny posiadający dochody** Imię i Nazwisko | **Dochód opodatkowany na zasadach ogólnych** Zaświadczenie  z Urzędu Skarbowego | | | **Dochód opodatkowany na zasadach zryczałtowanych lub karcie podatkowej** Zaświadczenie  z Urzędu Skarbowego  i Obwieszczenie-Monitor Polski | | **Dochód niepodlegający opodatkowaniu**  Oświadczenie o dochodach nieopodatkowanych | | | | | | | | **DOCHÓD MIESIĘCZNY CZŁONKA RODZINY** |
| **Dochód z gruntów rolnych** Zaświadczenie  z Urzędu Miasta/Gminy | | | **Dochód z alimentów**  Wyrok Sądu/ Fundusz Alimentacyjny | | **Inne dochody**  np. dochód  osób do 26 roku życia/ zwrot podatku na dzieci | | |
| Dochód roczny | | Liczba miesięcy | Dochód roczny | Liczba miesięcy | Dochód roczny | | Liczba miesięcy | Dochód roczny | Liczba miesięcy | Dochód roczny | | Liczba miesięcy |
| STUDENT |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| **ŁĄCZNY DOCHÓD MIESIĘCZNY RODZINY** | | | | | | | | | | | | | | zł |
| **DOCHÓD NETTO UTRACONY I UZYSKANY W LATACH 2024-2025** | | | | | | | | | | | | | | |
| Dochód miesięczny utracony | | zł | | | | | Dochód miesięczny uzyskany | | | | | zł | | |
| **Łączny dochód miesięczny rodziny pomniejszony o dochód miesięczny utracony oraz powiększony o dochód miesięczny uzyskany** | | | | | | | | | | | | | | zł |
| **DOCHÓD NA JEDNEGO CZŁONKA W RODZINIE**  Łączny dochód miesięczny członka rodziny pomniejszony o dochód miesięczny utracony oraz powiększony o dochód miesięczny uzyskany podzielony na liczbę wszystkich członków rodziny | | | | | | | | | | | | | | zł |

Data i podpis pracownika AMiSNS potwierdzający wyliczenie dochodu………………..……………………………………………………………

3