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 licencjackieo magisterskieo 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** Zaświadczeniez Urzędu Skarbowego | **Dochód opodatkowany na zasadach zryczałtowanych lub karcie podatkowej** Zaświadczeniez Urzędu Skarbowegoi Obwieszczenie-Monitor Polski | **Dochód niepodlegający opodatkowaniu**Oświadczenie o dochodach nieopodatkowanych | **DOCHÓD MIESIĘCZNY CZŁONKA RODZINY** |
| **Dochód z gruntów rolnych** Zaświadczeniez Urzędu Miasta/Gminy | **Dochód z alimentów**Wyrok Sądu/ Fundusz Alimentacyjny | **Inne dochody**np. dochódosób 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