



Załącznik 4b do regulaminu świadczeń pomocy materialnej dla studentów SWEiZ w Łodzi

## WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM SPECJALNEGO DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W ROKU AKADEMICKIM ...../.....

.....  
Imię i nazwisko studenta

.....  
Adres

.....  
Telefon; e-mail

.....  
Wydział

.....  
Kierunek studiów

.....  
Rok studiów; nr albumu

.....  
Forma studiów (stacjonarne/niestacjonarne)

.....  
Dziekan Wydziału...../Komisja Stypendialna SWEiZ w Łodzi

Proszę o przyznanie stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych. Orzeczony stopień niepełnosprawności jest:

- lekki  
 umiarkowany  
 znaczny

Orzeczenie jest ważne od dnia ..... do dnia .....

na stałe.

Do wniosku dołączam następujące załączniki:

1. ....
2. ....
3. ....

### OŚWIADCZENIE

Świadomy odpowiedzialności karnej (art. 286 Kodeksu Karnego) i dyscyplinarnej (art. 211 ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym) za podanie nieprawdziwych danych oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty i dane w nich zawarte są kompletne i prawdziwe.

Łódź, dnia .....

.....  
Podpis studenta

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez SWEiZ w Łodzi danych osobowych zawartych we wniosku o stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.) w zakresie ustalania wysokości przyznania i wypłacania stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych. Jednocześnie przyjąłem informację, że przysługuje mi prawo do wglądu i zmiany danych osobowych.

Łódź, dnia .....

.....  
Podpis studenta

### Wypełnia pracownik Dziekanatu

Potwierdzam kompletność złożonej dokumentacji według załączników

.....  
Pieczęć, data i i podpis pracownika Dziekanatu

## DECYZJA DZIEKANA/KOMISJI STYPENDIALNEJ

Dziekan/Komisja Stypendialna postanawia wezwać do uzupełnienia dokumentacji

.....  
.....  
.....

.....  
Data i podpis Dziekan/Przewodniczącego Komisji

Dziekan/Komisja Stypendialna postanawia przyznać / nie przyznać stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych w roku akademickim ...../..... od dnia ..... do dnia.....

w kwocie .....zł (słownie .....  
.....) miesięcznie.

Uzasadnienie decyzji negatywnej

.....  
.....

.....  
Data i podpis Dziekana/Przewodniczącego Komisji

**Pouczenie.**

Od decyzji niekorzystnej studentowi przysługuje prawo odwołania się do Rektora/ Odwoławczej Komisji Stypendialnej SWEiZ w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji.

**DECYZJA REKTORA/ODWOŁAWCZEJ KOMISJI STYPENDIALNEJ**

Rektor/Odwoławcza Komisja Stypendialna postanawia przyznać / nie przyznać stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych w roku akademickim ...../..... od dnia .....do dnia.....

w kwocie .....zł (słownie ..... ) miesięcznie.

Uzasadnienie decyzji negatywnej

.....  
.....

.....  
Data i podpis Rektora/Przewodniczącego Komisji

**Pouczenie.**

Od powyższej decyzji nie przysługuje odwołanie.