

**WNIOSEK
O PRZELICZENIE DOCHODU**

*należy dołączyć w przypadku zmiany dochodu w stosunku do ostatniego roku podatkowego
(utrata czy uzyskanie dochodu lub zmiana składu rodziny)*

Nazwisko i imię studenta

Adres stałego zamieszkania

Adres do korespondencji

Numer telefonu

Adres e-mail

Kierunek i rok studiów

Nr albumu

Poziom studiów:

- ☐ studia pierwszego stopnia
☐ studia drugiego stopnia
☐ studia trzeciego stopnia

Forma studiów:

- ☐ stacjonarne
☐ niestacjonarne

Koszalin, dnia

**Komisja Stypendialna
Politechniki Koszalińskiej**

Proszę o ponowne przeliczenie dochodów osiągniętych przez członków mojej rodziny ze względu na:

- ☐ **utrata dochodu¹** przez członka mojej rodziny:

Nazwisko i imię członka rodziny	Stopień pokrewieństwa	Wysokość utraczonego dochodu	Data i okoliczność, w związku z którą nastąpiła utrata dochodu

Utratę dochodu poświadczam następującymi dokumentami, które dołączam do wniosku:

.....

- ☐ **uzyskanie dochodu²** przez członka mojej rodziny:

Nazwisko i imię członka rodziny	Stopień pokrewieństwa	Wysokość uzyskanego dochodu	Data i okoliczność, w związku z którą nastąpiło uzyskanie dochodu

Uzyskanie dochodu poświadczam następującymi dokumentami, które dołączam do wniosku:

.....

 zmianę składu mojej rodziny:

Nazwisko i imię członka rodziny	Stopień pokrewieństwa	Roczna/miesięczna wysokość dochodu	Data i okoliczność, w związku z którą nastąpiła zmiana składu mojej rodziny

Zmianę składu rodziny poświadczam następującymi dokumentami, które dołączam do wniosku:

.....
(podpis studenta składającego wniosek)

Jednocześnie wyrażam zgodę na zmianę decyzji administracyjnej w przypadku, gdy w związku z przedstawionymi powyżej faktami nastąpiła zmiana uprawnień do świadczeń o charakterze socjalnym.

.....
(podpis studenta ubiegającego się o świadczenie)

Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia – art. 52 ust. 5c ustawy o ograniczaniu barier administracyjnych dla obywateli i przedsiębiorców (Dz. U. z 2011 r. Nr 106, poz. 622, z późn. zm.).

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

Wypełnia pracownik BOS

Data złożenia wniosku w Biurze Obsługi Studentów-.....-.....

.....
pieczętka i podpis pracownika BOS

¹ zgodnie z art. 3 pkt 23 ustawy o świadczeniach rodzinnych – t. j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1162

² zgodnie z art. 3 pkt 24 ustawy o świadczeniach rodzinnych – t. j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1162