

..... dnia

(imię i nazwisko)

.....
(rok, kierunek i forma studiów- stacjonarne/niestacjonarne)

.....
(numer albumu)

.....
(numer telefonu)

Do Dziekana Wydziału

Wniosek o stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych

Na podstawie § 17 ust. 2 regulaminu stypendialnego Uniwersytetu Pedagogicznego, tj. Zarządzenia Nr R/Z.0201-25/2015 Rektora UP z dnia 30 września 2015 r. w sprawie regulaminu ustalania wysokości, przyznawania i wypłacania świadczeń pomocy materialnej dla studentów Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, **wnoszę o przyznanie mi stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych** w roku akademickim **2017/2018** w związku z posiadanym aktualnym orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności -(wpisać stopień). Aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności załączam do niniejszego wniosku.

Przyznane świadczenie proszę przekazywać na mój rachunek bankowy :

nr

Załączniki:

1.
2.
3.

(podpis studenta)

Oświadczenie studenta ubiegającego się stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych

Świadomy(-a) odpowiedzialności karnej i dyscyplinarnej za złożenie fałszywego oświadczenia^{*}, oświadczam, (zgodnie z art. 184 ust. 7 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. Nr 164, poz. 1365, z późn. zm.)), że nie pobieram stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych na więcej niż jednym kierunku wskazanym powyżej (dotyczy to również innej uczelni).

Z chwilą otrzymania stypendium na innej uczelni zobowiązuję się w terminie 7 dni powiadomić Dział Rekrutacji i Spraw Studenckich (pok. 14 lub 15) o zaistniałej sytuacji i zwrócić stypendium, jeżeli zostało już wypłacone przez Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie.

Jestem świadomy(a) tego, że studentowi, który po ukończeniu jednego kierunku studiów kontynuuje naukę na drugim kierunku studiów, nie przysługują świadczenia stypendialne w tym stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych, chyba że kontynuuje on studia po ukończeniu studiów pierwszego stopnia w celu uzyskania tytułu zawodowego magistra lub równorzędnego, jednakże nie dłużej niż przez okres trzech lat. Rozumiem, że pomoc materialna nie przysługuje studentom, którzy ukończyli już jeden kierunek studiów z tytułem zawodowym magistra lub równorzędnym albo studentom, którzy po ukończeniu studiów pierwszego stopnia kontynuują naukę na kolejnych studiach pierwszego stopnia.

.....
(podpis studenta)

*klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań

**KWESTIONARIUSZ REJESTRACYJNY DLA STUDENTA
KORZYSTAJĄCEGO ZE WSPARCIA
BIURA DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH UP**

Dane osobowe

Imię i nazwisko:	
Numer telefonu:	
E-mail:	
Adres zamieszkania:	

Informacje dotyczące studiów

Nazwa wydziału:	
Kierunek studiów:	
Rodzaj studiów:	
Rok studiów:	

Dane dotyczące stanu zdrowia

Student:	<input type="checkbox"/> z orzeczeniem o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> załączam orzeczenie Orzeczenie wydano: <input type="checkbox"/> na stałe <input type="checkbox"/> do dnia: _____
	<input type="checkbox"/> bez orzeczenia o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> załączam inne dokumenty poświadczające mój aktualny stan zdrowia
Rodzaj niepełnosprawności lub krótki opis problemów zdrowotnych:	<input type="checkbox"/> wzrok	<input type="checkbox"/> osoba niewidoma
	<input type="checkbox"/> słuch	<input type="checkbox"/> osoba niesłysząca <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma
	<input type="checkbox"/> ruch	<input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku
	<input type="checkbox"/> inne (jakie?):	

Rodzaj wsparcia w celu wyrównania szans edukacyjnych

Rodzaj oczekiwanej pomocy z BON:	<input type="checkbox"/> indywidualne zajęcia z języka obcego <input type="checkbox"/> tłumacz języka migowego <input type="checkbox"/> asystent osoby niepełnosprawnej <input type="checkbox"/> dostosowywanie materiałów dydaktycznych <input type="checkbox"/> wsparcie konsultanta ds. studentów w kryzysach psychicznych <input type="checkbox"/> kurs orientacji w przestrzeni <input type="checkbox"/> inne (jakie?):
----------------------------------	--

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych UP zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 ze zm.).

DATA

PODPIS STUDENTA