

OŚWIADCZENIE DO WNIOSKU
O PONOWNE PRZELICZENIE DOCHODU
w roku akademickim 2024/2025

Dane studenta składającego wniosek:

Nazwisko		Imię	
Kierunek studiów	<input type="checkbox"/> Pedagogika <input type="checkbox"/> Pedagogika przedszkolna i wczesnoszkolna <input type="checkbox"/> Pedagogika specjalna <input type="checkbox"/> Psychologia <input type="checkbox"/> Praca socjalna		
Rok studiów	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> I ^o <input type="checkbox"/> II ^o <input type="checkbox"/> jednolite magisterskie	Numer albumu ↓ Forma studiów: <input type="checkbox"/> stacjonarne <input type="checkbox"/> niestacjonarne
	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V		

W związku ze złożonym wnioskiem o ponowne przeliczenie dochodów osiągniętych przez wnioskodawcę lub członków rodziny, ze względu na **utratę**¹ dochodu przez członka mojej rodziny:

.....
(imię i nazwisko studenta lub członka rodziny oraz stopień pokrewieństwa)

u pracodawcy.....
(nazwa i adres firmy, rodzaj umowy)

.....
opierając się na art. 5 ust. 4 c Ustawy o świadczeniach rodzinnych – „Przepisów o utracie i uzyskaniu dochodu nie stosuje się do dochodu z tytułu zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej i dochodu z tytułu wyrejestrowania lub rozpoczęcia pozarolniczej działalności gospodarczej, jeżeli student lub członek rodziny studenta utracili dochód z tych tytułów i w okresie 3 miesięcy licząc od dnia utraty dochodu uzyskali dochód u tego samego pracodawcy lub zleceniodawcy lub zamawiającego dzieła lub ponownie rozpoczęli pozarolniczą działalność gospodarczą”.

W przypadku przyznania stypendium socjalnego po uwzględnieniu utraty dochodu z tytułu zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej lub dochodu z pozarolniczej działalności gospodarczej, po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia utraty dochodu, ustalone prawo do stypendium weryfikuje się – **zobowiązuję się** do poinformowania Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, o **ponownym podjęciu zatrudnienia u tego samego pracodawcy**, członka mojej rodziny

.....
(imię i nazwisko studenta lub członka rodziny oraz stopień pokrewieństwa)

Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia².

....., dnia

miejsowość

data

.....
czytelny podpis studenta

¹ zgodnie z art. 3 pkt 23 ustawy o świadczeniach rodzinnych;

² Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 286 Kodeksu Karnego – „Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.