

..... 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 **2016/2017** 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 beneficjentów Biura ds. Osób Niepełnosprawnych

DANE OSOBOWE

1. Nazwisko
2. Imię
3. Nr PESEL
4. Adres stałego zameldowania
-
5. Adres korespondencyjny
- (wpisać jeżeli jest inny niż podany powyżej adres)*
.....
6. Tel. kontaktowy
7. Adres e-mail
8. Preferowana forma kontaktu:
 - a) e-mail
 - b) telefon
 - c) SMS
 - d) list w powiększonym druku (proszę określić wielkość czcionki:.....)
9. Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych kontaktowych Zrzeszeniu Studentów Niepełnosprawnych UP: TAK / NIE

INFORMACJE DOTYCZĄCE STUDIÓW

10. Rok, kierunek i wydział studiów
(osoby studiujące na więcej niż jednym kierunku proszę o podanie wszystkich kierunków studiów)
.....
.....
11. Rodzaj studiów *(proszę zaznaczyć właściwy rodzaj studiów):*
 - a) pierwszego stopnia
 - b) drugiego stopnia
 - c) jednolite studia magisterskie
 - d) trzeciego stopnia-studia doktoranckie
12. Tryb studiów
 - a) studia stacjonarne



- b) studia niestacjonarne
- c) studia wieczorowe

Nr albumu

13. Dotychczasowe przerwy w studiach (*proszę zaznaczyć rodzaj urlopu, podać długość i rok akademicki, w którym urlop miała miejsce*):

- a) zdrowotny
- b) okolicznościowy.....
- c) dziekański
- d) przerwa w studiach

14. Informacje dodatkowe

Proszę o wpisanie wszystkich informacji ważnych dla zrozumienia przez pracowników BON-u Pana/Pani sytuacji na Uczelni (*np. informacji o niezaliczonych przedmiotach, zaległych egzaminach, wpisach warunkowych itp.*)

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

INFORMACJE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

15. Stopień niepełnosprawności

(*proszę zaznaczyć właściwy stopień orzeczonej przez komisję lekarską*):

- a) stopień znaczny
- b) stopień umiarkowany
- c) stopień lekki

16. Typ niepełnosprawności

(*proszę zaznaczyć jedną lub więcej niepełnosprawności odnoszących się do Pani/Pan*):

- a) narząd ruchu – poruszam się na wózku TAK/NIE (zakreślić poprawne)
- b) narząd wzroku
- c) narząd słuchu
- d) inna (*jeżeli zaznaczono, podać jaką*)

17. Orzeczenie wydane:

- a) na stałe



b) czasowe (proszę wpisać datę)

18. Opis niepełnosprawności

(proszę krótko opisać swoją niepełnosprawność uwzględniając w szczególności takie informacje, które mogą okazać się ważne przy doborze odpowiedniej pomocy, np. sposób poruszania się, rodzaj używanego sprzętu specjalistycznego, sposób pisania i czytania):

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

19. Rodzaj oczekiwanej pomocy

(proszę krótko scharakteryzować pomoc, jakiej oczekuje Pan/Pani od pracowników BON np. asystent osoby niepełnosprawnej, tłumacz języka migowego, dostosowywanie materiałów dydaktycznych dla osób z wadą wzroku)

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

Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych UP podanych przeze mnie informacji zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 (Dz. U. Nr 133 poz.833) w celu wykonywania należnych mu zadań administracyjnych oraz organizacyjnych.

Miejsce i data

Podpis studenta

Data i podpis pracownika BON