

OŚWIADCZENIE DO WNIOSKU O PONOWNE
PRZELICZENIE DOCHODU w roku akademickim 20.../ 20...

Dane studenta składającego wniosek:

Nazwisko		Imię	
Kierunek studiów		☐ IV rok/ sem. zimowy	
Rok studiów	☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI	☐ I° ☐ II° ☐ III° ☐ jednolite magisterskie	Nr albumu
Forma studiów:		☐ stacjonarne ☐ niestacjonarne	
Adres stałego zamieszkania		ulica /miejscowość	nr domu
Kod		Miasto/ Poczta	województwo
Adres korespondencyjny		☐ jak wyżej ☐ inny	ulica/ miejscowość
Kod		Miasto/ Poczta	województwo
Telefon kontaktowy		e-mail	

Art. 41 § 1 KPA - W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu, w tym adresu elektronicznego.

W związku ze złożonym wnioskiem o ponowne przeliczenie dochodów osiągniętych przez wnioskodawcę/ członków rodziny, ze względu na utratę¹ 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 dzieło 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

miejscowość

data

.....

czytelny podpis studenta

¹ zgodnie z art.3 pkt 23 ustawy o świadczeniach rodzinnych – Dz. U. z 2020 r. poz. 111;² Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 286 KK (Dz.U. z 2019 poz. 1950) – „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”.