

**WNIOSEK O PONOWNE PRZELICZENIE DOCHODU**  
**w roku akademickim 20.../20...**

**KOMISJA STYPENDIALNA Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach**

Dane studenta składającego wniosek:

<b>Nazwisko</b>			<b>Imię</b>		
<b>Kierunek studiów</b>				<input type="checkbox"/> IV rok/ sem. zimowy	
<b>Rok studiów</b>	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI	<input type="checkbox"/> I <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> II <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> jednolite magisterskie	<b>Numer albumu ↓</b>	<b>Forma studiów:</b> <input type="checkbox"/> stacjonarne <input type="checkbox"/> niestacjonarne	

**Wnioskuję o ponowne przeliczenie dochodów osiągniętych przez wnioskodawcę/ członków rodziny, ze względu na:**

1. **Utratę dochodu<sup>1</sup>.** Przeliczenie od miesiąca: ..... 20 ..... r.

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

w wysokości ..... zł, co potwierdzam następującymi dokumentami: .....

2. **Uzyskanie dochodu<sup>2</sup>.** Przeliczenie od miesiąca: ..... 20 ..... r.

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

w wysokości ..... zł (netto/ brutto\*), co potwierdzam następującymi dokumentami: .....

3. **Inne zdarzenie**, które nastąpiło od momentu złożenia wniosku .....

..... Przeliczenie od miesiąca ..... 20 ..... r.

Dołączam dokumenty potwierdzające zmianę: .....

....., dnia .....  
miejscowość ..... data .....

.....  
czytelny podpis studenta

**Komisja Stypendialna:** zmienia wysokość/ przyznaje/ nie przyznaje/ pozostawia bez zmian\* świadczenie w semestrze zimowym/ letnim w roku akademickim 20.../ 20....

Kwota stypendium ..... zł od miesiąca ..... r.,

Kwota stypendium ..... zł od miesiąca ..... r.

.....  
podpis Przewodniczącego Komisji Stypendialnej

.....  
podpis Przewodniczącego Komisji Stypendialnej

Kwota stypendium ..... zł od miesiąca ..... r.,

Kwota stypendium ..... zł od miesiąca ..... r.

.....  
podpis Przewodniczącego Komisji Stypendialnej

.....  
podpis Przewodniczącego Komisji Stypendialnej

\*niepotrzebne skreślić

<sup>1</sup> zgodnie z art. 3 pkt 23 ustawy o świadczeniach rodzinnych

<sup>2</sup> zgodnie z art. 3 pkt 24 ustawy o świadczeniach rodzinnych