



Warszawa, dnia.....20....r.

Wniosek o stypendium specjalne.

Stypendium specjalne na rok akademicki/.....
(prosimy o wypełnienie całego wniosku drukowanymi literami)

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> semestr zimowy | KOMISJA STYPENDIALNA EUROPEJSKIEJ WYŻSZEJ SZKOŁY PRAWA I ADMINISTRACJI W WARSZAWIE |
| <input type="checkbox"/> semestr letni | |

WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM SPECJALNEGO DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

1. Dane osoby ubiegającej się:

| | | | |
|---|-------------------|----------------|----------|
| Nazwisko i imię: | | | |
| PESEL: | | Nr albumu: | |
| Tryb studiów: | Kierunek Studiów: | Rok studiów: | Semestr: |
| Miejsce stałego zamieszkania: | | Adres mailowy: | |
| Adres do korespondencji: | | Telefon: | |
| Adres stałego zameldowania rodziny, na utrzymaniu której student pozostaje: | | Telefon: | |

| | |
|--|---|
| Oświadczam, że (należy zakreślić odpowiednie wiersze i uzupełnić miejsca zaznaczone "....."). | |
| <input type="checkbox"/> | Wniosku o w/w stypendium nie złożyłem/złożyłam na innej Uczelni. W przeciwnym wypadku należy załączyć zaświadczenie z Uczelni o wysokości stypendium. |
| <input type="checkbox"/> | Jestem w trakcie urlopu dziekańskiego od do..... (miesiąc / rok). |

2. Wnoszę o przyznanie:

| | | |
|--------------------------|--|--------|
| <input type="checkbox"/> | Specjalne stypendium dla osób niepełnosprawnych. | Uwagi: |
|--------------------------|--|--------|

3. Oświadczam, że posiadam:

| | | |
|-----------|---|--------------------------|
| 1. | Lekki stopień niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> |
| a.) | Niepełnosprawność w lekkim stopniu w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, | <input type="checkbox"/> |
| b.) | Częściową niezdolność do pracy oraz celowość przekwalifikowania orzeczoną na podstawie przepisów o emeryturach i rentach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, jeżeli nie jest to traktowane jako umiarkowany stopień niepełnosprawności, | <input type="checkbox"/> |
| c.) | Stalą albo długotrwałą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym orzeczoną na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników, jeżeli nie jest to traktowane jako znaczny stopień niepełnosprawności, | <input type="checkbox"/> |
| d.) | Posiadanie orzeczenia o zasileniu do III grupy inwalidów. | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Umiarkowany stopień niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> |



| | | |
|-----------|---|--------------------------|
| a. | Niepełnosprawność w umiarkowanym stopniu w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, | <input type="checkbox"/> |
| b.) | Całkowita niezdolność do pracy orzeczoną na podstawie przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, | <input type="checkbox"/> |
| c.) | Częściową niezdolnością do pracy orzeczoną na podstawie przepisów o emeryturach i rentach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w okresie 1 stycznia do 16 sierpnia 1998 roku, | <input type="checkbox"/> |
| d.) | Orzeczenie o zaliczeniu do II grupy inwalidów. | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Znaczny stopień niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> |
| a.) | Niepełnosprawność w stopniu znacznym w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, | <input type="checkbox"/> |
| b.) | Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji orzeczoną na podstawie przepisów o emeryturach i rentach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, | <input type="checkbox"/> |
| c.) | Orzeczenie o zaliczeniu do I grupy inwalidów. | <input type="checkbox"/> |

UZASADNIENIE WNIOSKU:

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

4. Do wniosku dołączam następujące dokumenty potwierdzające stopień niepełnosprawności:

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

Wnoszę o:

(prosimy zaznaczyć odpowiednie pola)

Dokonywanie przelewu świadczeń na rachunek w banku:.....

Przekazywanie przyznanej kwoty świadczeń pomocy materialnej na pokrycie kosztów czesnego.
(w przypadku zalegania w płatnościach za naukę, przyznane kwoty świadczeń pomocy materialnej będą automatycznie przekazywane na pokrycie kosztów czesnego).

.....
(własnoręczny podpis)

