**WNIOSEK O PONOWNE PRZELICZENIE DOCHODU\***

**………………………………………………………………………………….....**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko i imię | | | | |
| PESEL | | | Imię ojca | |
| Nr albumu | Dyscyplina naukowa | | | |
| Data rozpoczęcia studiów doktoranckich | | | Rok studiów | Studia: |
| Adres do korespondencji | | | | |
| Numer telefonu kontaktowego | | e-mail | | |

**Wnioskuję o ponowne przeliczenie dochodów osiągniętych przez członków mojej rodziny w roku bazowym ze względu na:**

1. utratę dochodu1) przez członka mojej rodziny *(podać imię i nazwiskooraz stopień pokrewieństwa)*……………………………………………………………………..w wysokości …………………………….. zł, co potwierdzam następującymi dokumentami………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………….;
2. uzyskanie dochodu2) przez członka mojej rodziny *(podać imię i nazwiskooraz stopień pokrewieństwa)*……………………………………………………………. w wysokości ………………..…………………..zł, co potwierdzam następującymi dokumentami………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………...
3. zmianę w składzie rodziny spowodowaną…………………………………………. ……………………………………………………..................................................;
4. inne…………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………

**oraz wyrażam zgodę na zmianę lub uchylenie dotychczasowej decyzji Wydziałowej Komisji Stypendialnej**.

**Ogółem dochód miesięczny netto przed zmianami wyniósł** .....................zł ...........gr

***1) Dochody rodziny po uwzględnieniu utraty dochodu:***

Utrata .....................zł ...........gr

Miesięczny dochód netto po uwzględnieniu utraty wyniósł

.....................zł ...........gr

Miesięczny dochód netto w przeliczeniu na osobę wyniósł

.....................zł ...........gr

***2) Dochody rodziny po uwzględnieniu przybycia dochodu***

Przybycie dochodu netto .....................zł ...........gr

(z miesiąca następującego po miesiącu, w którym dochód został osiągnięty)

Ogółem dochód miesięczny netto .....................zł ...........gr

Miesięczny dochód netto rodziny w przeliczeniu na osobę wyniósł

.....................zł ...........gr

............................., dnia ........................... ..................................................................

(własnoręczny podpis doktoranta)

\*- dołączyć w przypadku zmiany dochodu w stosunku do roku bazowego

1) zgodnie z art. 3 pkt 23 ustawy o świadczeniach rodzinnych (tekst jednolity: Dz. U. 2017 r. poz. 1592, ze zm.)

2) zgodnie z art. 3 pkt 24 ustawy o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. 2017 r. poz. 1592, ze zm.)

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA PRACOWNIK DZIEKANATU – Uwagi dotyczące wysokości przedłożonego dochodu netto na osobę w rodzinie doktoranta :**  **Dochód netto na osobę w rodzinie doktoranta potwierdzony przez pracownika dziekanatu :**  **................................................ zł.**  Olsztyn, dnia ..................................... ..........................................................  (czytelny podpis pracownika) |

Data wpływu.....................................….. Czytelny podpis przyjmującego ................................