|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | **Załącznik nr 1** Regulaminu świadczeń dla studentów ŁSW | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | **Dochód w roku kalendarzowym poprzedzającym okres ubiegania się o stypendium** | | | | | | | | | | strona 2 z 2 | | | | | |
| **Członkowie rodziny (proszę dodać imię i nazwisko)** | **Rok urodzenia** | **Źródło dochodu** | **Kwoty z zaświadczenia z US (dane z punktów 1,2,3 wpisujemy odpowiednio w kolumnach 4,5,6) oraz z zaświadczenia z ZUS**  **(wpisujemy w kol.7)** | | | | | | | **Dochód opodatkowany zryczałtowanym podatkiem dochodowym (działalność gospodarcza)\*** | **Dochód utracony** | **Liczba miesięcy w których dochód był osiągany** | **Inne dochody niepodlegające opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych** | | | | **Liczba miesięcy,**  **w których dochód był osiągany** | **Dochód uzyskany**  **(netto z pierwszego pełnego miesiąca)** | **Dochód ogółem (kolumna 8+11+15+16)\*\*** | |
| **Dochód** | **Należny podatek** | **Składki na ubezp. społeczne** | **Składki na ubezp. zdrowotne** | **Dochód netto** | **Liczba miesięcy w których dochód był osiągany** | **Dochód utracony** | **Dochód z gosp. rolnego** | | **Pozostałe dochody np. alimenty** | **Dochód utracony** |
| **Liczba ha przelicz.** | **Liczba ha przel. x wskaźnik doch. z 1 ha przel.** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** | **21** |
| student – wnioskodawca………….…. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ……………. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …………..… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …………...... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ………….…. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SUMA: | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wskaźnik przeciętnego dochodu z 1 ha przelicz. za ………. r.** | | |  |  | | | | |
| \*) dochód z działalności gospodarczej podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym, pomniejszony o składki na ubezp. społeczne, składki na ubezp. zdrowotne i zryczałtowany podatek dochodowy | | | | | | | | |
| \*\*) dochód ogółem stanowi sumę z poz. 8, 11, 15, 16, przy czym kwoty z poz. 8, 11, 16 dzielone są dodatkowo na liczbę miesięcy w których dochód był osiągany | | | | | | | | |
| razem dochód miesięczny netto | roczny dochód utracony | dochód uzyskany (netto z pierwszego pełnego miesiąca) | miesięczna kwota alimentów świadczona na rzecz osób spoza rodziny | | liczba osób w rodzinie | **miesięczny dochód netto**  **na 1 osobę**  **w rodzinie** | | data i podpis studenta |
|  |  |  |  | |  |  | |  |
| **Wypełnia osoba przyjmująca wniosek** | | | | | | | | |
| Stwierdzam: | | Data i podpis  pracownika Dziekanatu/członka UKS | | | **wysokość stypendium socjalnego** | |  | |
|  Kompletność wymaganych dokumentów | |  | | | **zwiększenie stypendium socjalnego** | |  | |
|  Brak wymaganych dokumentów:  ……………………………………………………………….  ……………………………………………………………….  ………………………………………………………………. | |  | | | **RAZEM** | |  | |
| ……………………………………………………………………………………  data i podpis członka UKS | | | |