

Data złożenia wniosku .....  
Podpis pracownika dziekanatu/członka WKS.....

Załącznik nr 7 do Regulaminu ustalania wysokości,  
przyznawania i wypłacania świadczeń pomocy  
materiałnej dla studentów Akademii Morskiej w  
Gdyni z dnia 05.11.2014 r.

**WNIOSEK**  
**O PRZYZNANIE STYPENDIUM SPECJALNEGO DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**  
**na semestr zimowy/letni \*) w roku akademickim 20...../20.....**

Dziekan/ Komisja Stypendialna Wydziału\*) .....

**I. Dane studenta (wypełnia student)**

Nazwisko i imię											
PESEL				Obywatelstwo				Stan cywilny			
Kierunek studiów											
Poziom studiów **)		I. stopnia				II. stopnia					
		<input type="checkbox"/> 3 letnie				<input type="checkbox"/> 1,5 roczne					
		<input type="checkbox"/> 3,5 letnie				<input type="checkbox"/> 2 letnie					
Forma studiów **)		<input type="checkbox"/> stacjonarne				Rok studiów		Nr albumu			
		<input type="checkbox"/> niestacjonarne									
Adres stałego zamieszkania											
Adres do korespondencji											
Adres e-mail						Telefon					

**Proszę o dokonanie przelewu stypendium na następujące konto bankowe:**

Nazwa i adres banku:											
Nr rachunku											

(proszę podać pełny 26-cyfrowy numer konta)

Ubiegając się o stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych należy przedłożyć orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie traktowane na równi z tym orzeczeniem, zgodnie z zapisem ..... Regulaminu przyznawania pomocy materiałnej dla studentów Akademii Morskiej w Gdyni z dnia ..... 2011 r. oraz wyjaśnieniami umieszczonymi we wniosku.\*\*\*)

**- Stopień niepełnosprawności: \*\*)**

- znaczny
- umiarkowany
- lekki

**- Orzeczony stopień niepełnosprawności ma charakter: \*\*)**

- trwały, orzeczenie zostało wydane na stałe
- okresowy, orzeczenie zostało wydane do dnia: .....

Oświadczam, że podane wyżej informacje są prawdziwe oraz że zapoznałem się z Regulaminem przyznawania pomocy materiałnej dla studentów Akademii Morskiej w Gdyni obowiązującym w roku akademickim 20...../20..... .

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) oraz przepisami wewnętrznymi obowiązującymi w Akademii Morskiej w Gdyni, wyłącznie w celu i w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia i realizacji wniosku o przyznanie stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych.

.....  
data

.....  
podpis studenta

**II. Dodatkowe adnotacje (wypełnia dziekanat)**

1. ....  
.....  
2. ....  
.....  
3. ....  
.....

### III. Decyzja Dziekana (Wydziałowej Komisji Stypendialnej \*) w roku akademickim 20..../20.....:

Dane studenta.....

Semestr zimowy/semestr letni	Przyznana kwota (zł/miesięcznie)
stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych: przyznano / nie przyznano*) stypendium przyznano na okres od ..... do.....	
uzasadnienie odmowy przyznania stypendium: .....	

.....  
**data, pieczęć i podpis Dziekana**  
**(Przewodniczącego Wydziałowej Komisji Stypendialnej)\***

\*) niepotrzebne skreślić

\*\*) właściwe zaznaczyć

\*\*\*) Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (. j. Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92 z późn. zm.) za równoważne (o ile nie utraciło ono ważności przed dniem wejścia w życie ww. ustawy tj. przed dniem 1 stycznia 1998 r.) uznaje się odpowiednio:

- 1) **na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności:** a) orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji; b) orzeczenie o zaliczeniu do I grupy inwalidów; c) w przypadku osób o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym - osoby niepełnosprawne, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny;
- 2) **na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności:** a) orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o całkowitej niezdolności do pracy; b) orzeczenie o zaliczeniu do II grupy inwalidów;
- 3) **na równi z orzeczeniem o lekkim stopniu niepełnosprawności:** a) orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o częściowej niezdolności do pracy oraz celowości przekwalifikowania; b) orzeczenie o zaliczeniu do III grupy inwalidów; c) w przypadku osób o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym - pozostałe osoby niepełnosprawne.