

**W N I O S E K**  
**o ponowne przeliczenie dochodu**

**1. Dane studenta**

NAZWISKO: ..... IMIĘ: .....

NR ALBUMU: ..... ROK STUDIÓW: ..... INSTYTUT: .....

Kierunek : .....

Forma i stopień studiów\*:

stacjonarne    niestacjonarne    pierwszego stopnia

Adres zamieszkania studenta:

-

kod pocztowy

poczta

telefon komórkowy

.....  
ulica, numer domu, miejscowość, województwo

**Proszę o ponowne przeliczenie dochodów osiągniętych przez członków mojej rodziny w ostatnim roku podatkowym ..... ze względu na:\***

**utrata dochodu<sup>1</sup>** przez członka mojej rodziny .....  
(imię i nazwisko i stopień pokrewieństwa)

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

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

**uzyskanie dochodu<sup>2</sup>** przez członka mojej rodziny .....  
(imię i nazwisko i stopień pokrewieństwa)

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

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

Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy\* odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia – art. 52 ust. 5c ustawy o ograniczeniu barier administracyjnych dla obywateli i przedsiębiorców (Dz. U. z 2011 r. Nr 106, poz. 622, z późn. zm.).

**5. Weryfikacja** (data, podpis i pieczęć imienna pracownika Sd/sNiS).

\*wstawić X w odpowiednim polu

<sup>1</sup> zgodnie z art. 3 pkt 23 ustawy o świadczeniach rodzinnych – t. j. Dz. U. z 2015r. poz. 114, z późn. zm.

<sup>2</sup> zgodnie z art. 3 pkt 24 ustawy o świadczeniach rodzinnych – t. j. Dz. U. z 2015r. poz. 114, z późn. zm.