Załącznik 3

 do Regulaminu świadczeń

dla studentów AMiSNS w Elblągu

 z dnia 29.09.2022 r.

………………………………………………………..

imię i nazwisko studenta

………………………………………………………..

adres

…………………………………………………………………….

kierunek i poziom studiów (I lub II stopnia)

…………………………………………………………………….

rok studiów; nr albumu

**WNIOSEK O PONOWNE PRZELICZENIE DOCHODU**\*

Wnioskuję o ponowne przeliczenie dochodów osiągniętych przez członków mojej rodziny ze względu na:

1.utratę dochodu1) przez członka mojej rodziny (*podać imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa*) ................................................................................................................ w wysokości .....................................zł, co dokumentuję następującym dokumentem ……………………………………………………………………………………………..

2. uzyskanie dochodu2) przez członka mojej rodziny (*podać imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa*).................................................................................................................w wysokości ....................................zł, co dokumentuję następującym dokumentem …………………………………………………………………………………………….

 ……………………………….............

 data i podpis studenta



\*dołączyć w przypadku zmiany dochodu (utraty lub uzyskania dochodu) w stosunku do roku bazowego

1) zgodnie z art. 3 pkt 23 ustawy o świadczeniach rodzinnych – Dz. U. z 2013 r. poz. 1456, z późn. zm.

2) zgodnie z art. 3 pkt 23 ustawy o świadczeniach rodzinnych – Dz. U. z 2013 r. poz. 1456, z późn. zm.