**Załącznik nr 20**

**Do regulaminu świadczeń dla doktorantów**

**Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie z dnia 17 czerwca 2019 r.**

...................................................................................................................

(imię i nazwisko doktoranta/członka rodziny, który utracił źródło dochodu)

**OŚWIADCZENIE O UTRACIE DOCHODU**

(dot. doktoranta/członka jego rodziny, który utracił dochód, jaki posiadał w roku kalendarzowym, z którego wylicza się dochód do celów stypendialnych)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Powód utraty dochodu (wpisać cyfrę z listy poniżej) | Data utraty źródła dochodu (np. data rozwiązania umowy o pracę, data zakończenia umowy - zlecenia, data utraty prawa do renty) | Kwota dochodu brutto z utraconego źródła z roku kalendarzowego, z którego wylicza się dochód do celów stypendialnych |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Dochód utracony przez studenta/członka rodziny, z powodu:**

1. uzyskaniem prawa do urlopu wychowawczego;
2. utratą prawa do zasiłku lub stypendium dla bezrobotnych;
3. utratą zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej;
4. utratą zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, a także emerytury lub renty, renty rodzinnej lub renty socjalnej lub rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego, o którym mowa w ustawie a dnia 31 stycznia 2019 r. o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym (Dz.U. poz. 303);
5. wykreśleniem z rejestru pozarolniczej działalności gospodarczej lub zawieszeniem jej wykonywania w rozumieniu art. 16b ustawy z dnia 20 grudnia 1990 o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U.
z 2017 r. poz. 2336 oraz z 2018 r. poz. 650 i 858) lub art. 36aa ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778. z późn. zm.);
6. utratą zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku macierzyńskiego,  przysługujących po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej;
7. utratą zasądzonych świadczeń alimentacyjnych w związku ze śmiercią osoby zobowiązanej do świadczeń lub utratą świadczeń pieniężnych wypłacanych w przypadku bezskuteczności egzekucji alimentów w związku ze śmiercią osoby zobowiązanej do świadczeń alimentacyjnych;
8. utratą świadczenia rodzicielskiego;
9. utratą zasiłku macierzyńskiego, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników;
10. utratą stypendium doktoranckiego określonego w art. 209 ust. 1 i 7 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.

**Do oświadczenia dołączam następujące dokumenty:**

(należy złożyć dokumenty potwierdzający fakt i datę utraty dochodu, wysokość tego dochodu w roku kalendarzowym, z którego wylicza się dochód do celów stypendialnych.)

1. .......................................................................................................................................................
2. .......................................................................................................................................................

Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 KK , iż kto składając oświadczenie mające służyć za dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3, oświadczam, że złożone przeze mnie niniejsze oświadczenie jest zgodne z prawdą.

.............................................................. ………………….............................

              (miejscowość i data)              podpis osoby składającej oświadczenie

\*Art. 14a ust. 1d ustawy a dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 672, z późn.zm.) stanowi, że przedsiębiorca niezatrudniający pracowników prowadzący działalność gospodarczą przez okres co najmniej 6 miesięcy może zawiesić wykonywanie działalności gospodarczej na okres do 3 lat w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez nie 5 roku życia, a w przypadku dziecka, które z powodu stanu zdrowia potwierdzonego orzeczeniem o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności wymaga osobistej opieki osoby prowadzącej działalność gospodarczą, na okres do 6 lat, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 18 roku życia.

\*Oświadczenie podpisuje osoba, która utraciła dochód.