**Załącznik nr 22**

**do Regulaminu świadczeń dla studentów i doktorantów**

 **Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie z dnia 26 czerwca 2023 r.**

…………………………………………………………

(imię i nazwisko studenta)

……………………………………………………………

(imię i nazwisko osoby, która utraciła źródło dochodu)

**OŚWIADCZENIE O UTRACIE DOCHODU**

(dot. studenta/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/kę/doktoranta/kę 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
z dnia 31 stycznia 2019 r. o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym (Dz. U. z 2022 r. poz.1051), lub świadczenia pieniężnego przyznanego na zasadach określonych w ustawie z dnia 8 lutego 2023 r. o świadczeniu pieniężnym przysługującym członkom rodziny funkcjonariuszy lub żołnierzy zawodowych, których śmierć nastąpiła w związku ze służbą albo podjęciem poza służbą czynności ratowania życia lub zdrowia ludzkiego albo mienia (Dz.U. poz.658),

1. wykreśleniem z rejestru pozarolniczej działalności gospodarczej lub zawieszeniem jej wykonania w rozumieniu art. 16b ustawy z dnia 20 grudnia 1990r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 202lr. poz.266 ze zm. i 858) lub art. 36aa ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2021 poz. 423 ze zm.),
2. utratą zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku macierzyńskiego, przysługujących po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
3. 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,
4. utratą świadczenia rodzicielskiego,
5. utratą zasiłku macierzyńskiego, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników,
6. 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.
3.
4.

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.

\* Prawo przedsiębiorców z dnia 6 marca 2018 r. t.j. Dz. U. z 2021 poz. 162 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.

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

miejscowość, data podpis osoby oświadczającej