**Załącznik nr 21**

**do Regulaminu świadczeń dla studentów**

 **Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie z dnia z dnia 30 czerwca 2025 r.**

…………………………………………………………

(imię i nazwisko studenta)

**OŚWIADCZENIE O UTRACIE DOCHODU**

(dotyczy dochodu **studenta lub członka gospodarstwa domowego studenta**, osiągniętego w roku kalendarzowym,
z którego wylicza się dochód do celów stypendialnych i **nie osiąganego na dzień składania wniosku**)

**Dochód utracony przez** …………………………………………….

(imię i nazwisko osoby, która utraciła dochód)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 z powodu:**

1. uzyskania prawa do urlopu wychowawczego,
2. utraty prawa do zasiłku lub stypendium dla bezrobotnych,
3. utraty zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
4. utraty 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,
5. wykreślenia z rejestru pozarolniczej działalności gospodarczej lub

zawieszenia jej wykonywania w rozumieniu art. 16b ustawy z dnia 20 grudnia 1990r. i ubezpieczeniu społecznym rolników lub art. 36aa ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych,

1. utraty zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku macierzyńskiego, przysługujących po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
2. utraty 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,
3. utraty świadczenia rodzicielskiego,
4. utraty zasiłku macierzyńskiego, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników,
5. utraty 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