

.....
imię i nazwisko studenta, nr albumu

WNIOSEK O UZNANIE DOCHODU ZA UTRACONY

Proszę o uznanie za dochód utracony dochodu osiągniętego przez

.....
imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa

Utrata dochodu nastąpiła w dn.

Kwota miesięcznego/rocznego* dochodu utraconego (netto): zł gr

Utrata dochodu nastąpiła w wyniku (zaznacz właściwe):

- uzyskanie prawa do urlopu wychowawczego,
- utraty zasiłku lub stypendium dla bezrobotnych,
- utraty zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- utraty zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, a także emerytury lub renty, renty rodzinnej lub renty socjalnej,
- wyrejestrowania pozarolniczej działalności gospodarczej lub zawieszeniem jej wykonywania w rozumieniu art. 14a ust. 1d ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1829, 1948, 1997 i 2255 oraz z 2017 r. poz. 460 i 819),
- utraty zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku macierzyńskiego, przysługujących po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- utraty zasądzonych świadczeń alimentacyjnych w związku ze śmiercią osoby zobowiązanej do tych świadczeń lub utratą świadczeń pieniężnych wypłacanych w przypadku bezskuteczności egzekucji alimentów w związku ze śmiercią osoby zobowiązanej do świadczeń alimentacyjnych;
- utraty świadczenia rodzicielskiego,
- utraty zasiłku macierzyńskiego, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników,
- utraty stypendium doktoranckiego określonego w art. 200 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym

.....
miejscowość, data

.....
podpis członka rodziny składającego oświadczenie

Załączniki:

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

* właściwe zaznaczyć