

**WNIOSEK**  
**O UDZIELENIE WSPARCIA STUDENTOM**  
**Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI LUB OGRANICZENIAMI ZDROWOTNYMI**  
**ODBYWAJĄCYCH KSZTAŁCENIE**  
**W MENEDŻERSKIEJ AKADEMII NAUK STOSOWANYCH W WARSZAWIE**

.....  
Imię i nazwisko studenta (DRUKOWANYMI LITERAMI)

.....  
PESEL / NR PASZPORTU

.....  
Adres zamieszkania (DRUKOWANYMI LITERAMI)

.....  
Telefon

.....  
E-Mail

.....  
Kierunek

--	--	--	--	--	--

Numer albumu

--	--	--	--	--	--	--	--

Grupa

Wydział:  Nauk Prawnych, Administracji i Bezpieczeństwa  Zarządzania i Nauk Technicznych  
 Pedagogiki i Psychologii

Forma studiów  stacjonarne  niestacjonarne

System studiów  I stopnia  II stopnia  magisterskie jednolite

**Opis niepełnosprawności:**

1. Orzeczenie o niepełnosprawności:  trwałe  okresowe do dnia .....

2. Typ niepełnosprawności lub choroby (proszę zaznaczyć jedną lub więcej pozycję odnoszącą się do Pani/Pana):

niepełność narządu ruchu (chodzący/niechodzący)\* (osoba na wózku: TAK/NIE)\*

niepełność narządu wzroku (osoba niewidoma/słabo widząca)\*

niepełność narządu słuchu (osoba niesłysząca/słabo słyszająca)\*

inne (jakie?) .....

3. Orzeczony stopień niepełnosprawności:  I znaczny  II umiarkowany  III lekki

Zwracam się z prośbą o udzielenie wsparcia do pełnego udziału w procesie kształcenia w formie:

- a) pomocy asystenta osoby z niepełnosprawnościami, przy przemieszczaniu się po terenie uczelni, załatwianiu spraw formalnych, w dotarciu na zajęcia, sporządzaniu notatek itp. (inne, jakie?) .....
- b) zapewnienia tłumacza j. migowego on-line podczas zajęć;
- c) wykonywania notatek z zajęć w formie alternatywnej poprzez nagrywanie zajęć/robienie fotografii/korzystanie z materiałów udostępnionych przez prowadzącego zajęcia\*;
- d) wsparcie psychologiczne;
- e) zmiany formy zaliczenia/egzaminu\*: z pisemnej na ustną/z ustnej na pisemną\*;
- f) zaliczenia/egzaminu\* w druku powiększonym/alfabecie Braille'a/w formie elektronicznej\*;
- g) zaliczenia/egzaminu\* w przedłużonym czasie (wskazać jakiego przedmiotu/przedmiotów dotyczą) .....
- h) inne wsparcie (proszę wymienić/opisać swoje potrzeby, oczekiwania wynikające z niepełnosprawności) .....

\* nie właściwe skreślić

### UZASADNIENE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
.....

### UWAGA!

W razie pytań prosimy o kontakt z pracownikiem Biura ds. Bytowych Studentów i Osób z Niepełnosprawnościami  
tel. 22 59 00 727, 22 59 00 738; e-mail: [stypendia@mans.org.pl](mailto:stypendia@mans.org.pl)

### ZAŁĄCZONE DOKUMENTY:

- 1) orzeczenie o niepełnosprawności;
- 2) .....
- 3) .....

### OŚWIADCZENIE

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji - art. 233 §1 kk („kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”), odpowiedzialności na podstawie art. 286 §1 kk („kto w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”) oraz art. 307 ustawy *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce* („student podlega odpowiedzialności dyscyplinarnej za naruszenie przepisów obowiązujących w uczelni oraz za czyn uchybiający godności studenta. Za ten sam czyn student nie może być ukarany jednocześnie przez rektora i komisję dyscyplinarną”) **oświadczam, że:**

- podane przeze mnie dane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;
- wyrażam zgodę na doręczanie mi wszelkich pism w toku postępowania o przyznanie świadczeń pomocy materialnej za pomocą środków komunikacji elektronicznej oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Menedżerską Akademię Nauk Stosowanych w Warszawie moich danych osobowych zawartych we wniosku na potrzeby związane z przyznaniem i wypłatą świadczeń pomocy materialnej.

.....  
(data i czytelny podpis osoby składającej wniosek)

### KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), publ. (Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 z późn. zm.):

1. Administratorem danych osobowych jest Menedżerska Akademia Nauk Stosowanych w Warszawie, ul. Kawęczyńska 36, 03-772 Warszawa.

2. W Menedżerskiej Akademii Nauk Stosowanych w Warszawie wyznaczony został inspektor ochrony danych osobowych (adres: [iod@mans.org.pl](mailto:iod@mans.org.pl)).
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu przyznawania świadczeń.
4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przez okres archiwizacji dokumentacji.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c) ww. Rozporządzenia (tj. wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze).
6. Dane osobowe będą ujawniane osobom upoważnionym do przetwarzania danych w imieniu administratora.
7. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:
  - żądania dostępu do danych osobowych oraz ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
  - wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).

Realizacja zadań w zakresie przyznawania świadczeń znajduje podstawę w ustawie z dnia 20 lipca 2018 r. *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce* (t.j. Dz.U. z 2022, poz. 574 z późn. zm). Osoba, której dane dotyczą jest zobowiązana do podania tychże danych, gdy ubiega się o przyznanie świadczeń.

.....  
(data i czytelny podpis osoby składającej wniosek)

### **Opinia pracownika Biura ds. Bytowych Studentów i Osób z Niepełnosprawnościami**

Stwierdzam, że wniosek jest kompletny/niekompletny\* i proponuję:

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

.....  
data, podpis pracownika Biura ds. Bytowych Studentów i Osób Niepełnosprawnościami

Wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody\* na przyznanie wsparcia

.....  
imię i nazwisko osoby ubiegającej się o wsparcie, nr albumu

.....  
data, podpis właściwego Dziekana Wydziału

Studentowi przysługuje prawo odwołania się od decyzji odmownej w terminie 14 dni od doręczenia informacji odnośnie wsparcia, za pośrednictwem BBSiON.

Decyzja właściwego Dziekana Wydziału bądź Rektora jest ostateczna bez ponownego odwołania.

**Uchylam/podtrzymuję decyzję \* na przyznanie wsparcia**

.....  
imię i nazwisko osoby ubiegającej się o wsparcie, nr albumu

.....  
data, podpis właściwego Dziekana Wydziału bądź Rektora

\* nie właściwe skreślić