

Kraków, r.

.....
Pieczętka jednostki zlecającej wypłatę

Lista stypendiów doktoranckich. Nr
Szkoła Doktorska
..... 2019

Lp.	Imię i nazwisko Nr albumu PESEL / nr dokumentu tożsamości Nr rachunku bankowego	Kwota brutto stypendium [zł]
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Strona 1 z

Razem brutto:

Słownie razem brutto :

Sporządził:

Zatwierdził:

/Dyrektor Szkoły Doktorskiej/

Kraków, r.

.....
Pieczęć jednostki zlecającej wypłatę

Lista stypendiów doktoranckich - podsumowanie. Nr

Szkoła Doktorska

..... 2019

	Liczba osób	Kwota brutto bieżąca [zł]	Kwota brutto zaległa [zł]	Razem brutto [zł]
Stypendium doktoranckie				
Razem				

Razem brutto:

Słownie razem brutto :

Sporządził:

Zatwierdził:

/Dyrektor Szkoły Doktorskiej/

Kraków, r.

Imię i nazwisko
nr albumu:
szkoła doktorska (etap):
PESEL lub rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości^{1*}:
telefon komórkowy:
e-mail:
adres do korespondencji:
numer rachunku bankowego

Dyrektor Szkoły Doktorskiej
Uniwersytet Jagielloński
.....

OŚWIADCZENIE

I. Oświadczam, że:

1. nie posiadam innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego / posiadam inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego^{*2}.
2. nie jestem zatrudniony jako pracownik naukowy lub nauczyciel akademicki / jestem zatrudniony jako pracownik naukowy lub nauczyciel akademicki w wymiarze poniżej / powyżej ½ etatu^{*}, nazwa pracodawcy:, w okresie od nie jestem zatrudniony w ramach projektu badawczego / jestem zatrudniony w ramach projektu badawczego^{*}
3. nie przeszedłem pozytywnie oceny śródkresowej / przeszedłem pozytywnie ocenę śródkresową^{*}.
4. nie posiadam prawa do emerytury / posiadam prawo do emerytury^{*}.
5. nie posiadam prawa do renty / posiadam prawo do renty^{*}.
6. nie posiadam ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności / posiadam ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (w stopniu lekkim / umiarkowanym / znacznym)^{*}.

II. Wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem chorobowym / Nie wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem chorobowym^{*3}.

III. Wnoszę o przekazywanie stypendium doktoranckiego na rachunek bankowy:

IV. Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wnoszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym mojego dziecka/małżonka/wstępnych* pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym / Nie wnoszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym mojego dziecka/małżonka/wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym*.

Dane osoby zgłaszanej (dziecko / małżonek / wstępny*)

Imię i nazwisko

PESEL

Nr paszportu i data urodzenia (w przypadku cudzoziemców)

Imię drugie (jeśli posiada)

Nazwisko rodowe (jeżeli była dokonywana zmiana nazwiska)

Obywatelstwo

Stopień niepełnosprawności

Czy pozostaje z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym: tak / nie

Adres zameldowania

Kod pocztowy

Miejscowość

Gmina

Ulica

Nr domu / Nr mieszkania

Adres zamieszkania (jeżeli inny niż zameldowania)

Kod pocztowy

Miejscowość

Gmina

Ulica

Nr domu / Nr mieszkania

- Oświadczam, że wyżej wymienione dane są zgodne ze stanem faktycznym. Zgłaszani przeze mnie do ubezpieczenia członkowie mojej rodziny, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny.

V. Upoważniam pracownika Uczelni do podpisania druku zgłoszeniowego do ubezpieczeń społecznych/zdrowotnego w moim imieniu.

VI. Oświadczam, że skutki prawne i finansowe błędnie wypełnionego oświadczenia lub nie poinformowanie o wszelkich zmianach mających wpływ na obowiązek ubezpieczenia **w terminie 2 dni** od daty powstania tych zmian obciążają mnie jako doktoranta.

Kraków, dnia

.....
podpis doktoranta

* niepotrzebne skreślić

¹ Dotyczy osób podlegających zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego lub społecznego

² Dotyczy osób posiadających obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (np. stosunek pracy, umowa zlecenie, działalność gospodarcza, podleganie jako członek rodziny do 26. Roku życia) – art. 66 ust. 1 pkt. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2018.1510 j.t.).

³ Na podstawie art. 11 ust. 2 w związku z art. 6 ust. 1 pkt 7b, art. 16 ust. 2 oraz art. 22 ust. 1 pkt. 3) ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U.2019.300 ze zm.) doktorant podlega ubezpieczeniu chorobowemu na swój wniosek i opłaca składki z własnych środków w wysokości 2,45% wymiaru składek (wysokości stypendium).

Na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. 2019.645 ze zm.) w związku z art. 209 ust. 6 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (t.j. Dz. U. 2018.1668 ze zm.) doktorantowi nie przysługuje prawo do świadczeń w razie choroby i macierzyństwa w okresie, za który zachowuje prawo do stypendium doktoranckiego, w tym w okresie zawieszenia kształcenia na wniosek doktoranta na okres odpowiadający czasowi trwania urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu ojcowskiego oraz urlopu rodzicielskiego.

Zgodnie z art. 7 w związku z art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. 2019.645 ze zm.) po okresie 90 dni podlegania ubezpieczeniu chorobowemu doktorantowi przysługuje prawo do świadczeń w razie choroby i macierzyństwa po ustaniu tytułu do ubezpieczenia.

.....
Dane Szkoły Doktorskiej

Kraków, dnia

Znak:

Szanowny/-a Pan/Pani

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

WEZWANIE DO ZAPŁATY

W związku z nienależną wypłatą Panu/Pani stypendium doktoranckiego w Szkole Doktorskiej
.....w wysokości
..... (słownie:) za
okres w roku akademickim, na
podstawie art. 476 kc wzywa się Pana/Panią
do uiszczenia ww. kwoty w terminie 7 dni od dnia doręczenia niniejszego wezwania na
następujący rachunek bankowy

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Przyczyną nienależnie wypłaconego stypendium doktoranckiego jest
.....
.....
.....
.....

Brak uregulowania ww. kwoty we wskazanym terminie spowoduje skierowanie sprawy na drogę
postępowania sądowego.

W sprawie pytań dotyczących spłaty zobowiązania proszę o kontakt
z nr tel:
mail:.....

.....
podpis dyrektora szkoły doktorskiej
lub osoby upoważnionej

Do wiadomości:
1. Adresat;
2. a/a.