**Kérelem költségtérítés/önköltség kedvezmény vagy fizetési haladék iránt** *(Leadandó a Tanulmányi Osztályon)*

|  |
| --- |
| **Személyes adatok:** |
| **Név:** |  |
|
|
| **Szak:** |  | **Tagozat:** |  |
|
| **Képzési hely:** |  | **Neptun kód:** |  |
|
| **Születési hely, idő:** |  |
|
| **Anyja neve:** |  |
|
| **Lakcím:** |  |
|
| **Telefonszám:** | **+36 (\_\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **E-mail cím:** |  |
|

**Melyik kedvezményt kívánja igénybe venni?**

* Önköltség/költségtérítés mérséklése szociális körülmény alapján **(2. sz. melléklet kitöltése, valamint a szükséges dokumentumok benyújtása kötelező!)**
* Fizetési haladék

**Indoklás:**

**Szekszárd, ……….. év………………………hónap……..nap**

 **Aláírás**

**2. sz. melléklet**

**I. A kérelmező hallgató családi állapotára vonatkozó adatok:**

 Árva Gyermeket vár

 Félárva Egyéb:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Gyermekét egyedül neveli

 Kérelmező gyermekeinek száma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. A kérelmező hallgatóval egy háztartásban élő eltartott személyek, beleértve a hallgatót is:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Név** | **Rokoni fok** | **Foglalkozás** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**III. A kérelmező hallgatóval egy háztartásban élő eltartó személyek:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Név** | **Rokoni fok** | **Foglalkozás** | **Munkaviszonyból származó (havi, nettó) jövedelem** | **Egyéb bevétel** |
|   |  |   |   |   |
|   |  |   |   |   |
|   |  |   |   |   |
|   |  |   |   |   |

**IV. A kérelmező, illetve a háztartásában élő igazoltan súlyos beteg, mozgássérült vagy, fogyatékos családtag neve és betegségének, fogyatékosságának nemzetközi kódszáma:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gyógyszerköltség/ápolási költség: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ft/hó

Fogyatékos hallgató speciális költségei: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ft/hó

**V. Egyéb méltányolható szociális körülmény:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A kérelemhez csatolt mellékletek száma:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A kérelemhez csatolt mellékletek megnevezése:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alulírott, kijelentem, hogy hozzájárulok ahhoz, hogy a Tanulmányi Osztály munkatársai és a Kar vezetői, jelen kérelmem bírálása során a megadott személyes adataimat megismerje, és azokat kizárólag a kérelem elbírálása céljából kezelje, és nyilvántartsa.

Kijelentem továbbá, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek, és tudomásul veszem, hogy a valótlan adatszolgáltatással járó következményeket vállalom.

Szekszárd, …………év………………………hónap……..nap

 Aláírás

**Csatolandó dokumentumok:**

* a Kormányhivatal által kiállított hivatalos eredeti igazolás az egy lakcímen élő személyekről
* bármely szülő elhalálozása esetén halotti anyakönyvi kivonat másolata
* ha a pályázó házas, vagy élettársa van: házassági anyakönyvi kivonat ill. közjegyzőnél tehető élettársi nyilatkozat másolata
* ha a pályázó ill. házas- vagy élettársa gyermeket vár: védőnői igazolás a terhesség fennállásáról
* betegség, fogyatékosság esetén: megfelelő intézményi ill. szakorvosi igazolás másolata
* egyéb indokokra való hivatkozás esetén: a hivatkozást alátámasztó okiratok másolata