**KOLLÉGIUMI FELVÉTELI KÉRELEM** [2/1 oldal]

**ELSŐ ÉVES HALLGATÓK RÉSZÉRE**

**A KÁROLI GÁSPÁR REFORMÁTUS EGYETEM HOTEL FLANDRIA KOLLÉGIUMÁBA**

**2016/2017-es tanévre,**

**A kérelmet (személyesen vagy postai úton) a kollégium címére kell eljuttatni!**

Cím: 1135 Budapest, Szegedi út 27. ● Telefon: 30/676-35-41 ● E-mail: szollosi.jeno@kre.hu

**Postára adás határideje: 2016. augusztus 10.**

**Kérelmező neve:**   **Születési neve:**

**Állampolgársága:**   **Mobilszáma:**  **Neptun kódja:**

**Születési helye:**   **Ideje:**

**E-mail címe:**

**Anyja neve:**

**Szülő/gondviselő neve:**   **Telefonszáma: (** **)**

**Állandó lakóhely címe:**

**Telefonszáma:**

**Tartózkodási helyének címe:**

**Telefonszáma:**

**Szak/szakpár:**

**Finanszírozási forma (aláhúzandó): államilag támogatott költségtérítéses**

**Kar (aláhúzandó): BTK ÁJK TFK**

**Képzési forma (aláhúzandó): Alap Mester Osztatlan Felsőoktatási szakképzés**

(A kérelem a következő oldalon folytatódik)

**A kollégiumi felvételi pontozásnál figyelembe vett szempontok** [2/2 oldal]

**Tanulmányokkal kapcsolatos információk**

**Szak/szakpár, melyre felvételt nyert:**

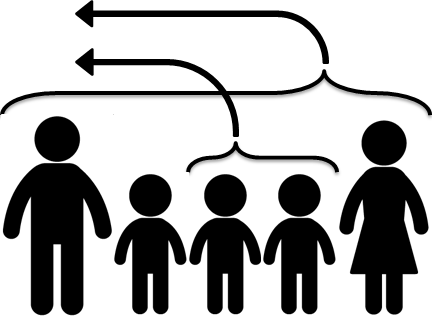
Szak felvételi ponthatára: Saját felvételi pontja:

**Nyelvvizsgával rendelkezik-e?** 🞏 igen 🞏 nem Mely nyelv(ek)ből?

(A1) Jelenleg **más** állami felsőoktatási intézményben hallgatói jogviszonnyal 🞏 rendelkezem 🞏 nem rendelkezem

**Szociális helyzettel kapcsolatos információk**

(Kizárólag a megfelelő igazolás benyújtása esetén vehető figyelembe!)

**(B1) Közös háztartásban élők száma (kérelmezővel együtt):** fő, **ebből**

Testvérek száma (kérelmező nélkül): fő, **ebből**

* (B2) iskolás kor előtti: fő
* (B3) általános iskolás: fő
* (B4) középiskolás/gimnazista/OKJ képzés: fő
* (B5) főiskolás/egyetemista: fő
* már nem jár iskolába: fő

**(B6) Család egy főre jutó havi nettó jövedelme az igazolások alapján:** Ft/fő/hónap

**(B7) Tanulmányai mellett dolgozik-e?** 🞏 igen 🞏 nem (B8) Havi nettó jövedelme: Ft/hónap

**Lakhely távolsága az Egyetemtől:** km

**A kérelmező (csak egyet jelölhet):**

🞏 teljes családban él 🞏 (B9) szülő egyedül neveli 🞏 (B10) önfenntartó

🞏 (B11) elvált szülők gyermeke 🞏 (B12) félárva 🞏 (B13) árva

**A kérelmező:**

🞏 (B14) krónikus betegségben szenved (válaszadás ajánlott, de nem kötelező)

🞏 dohányzik

🞏 (B15) gyülekezeti tag

**A kérelmező szülője/gondviselője:**

🞏 (B16) nyugdíjas 🞏 (B17) rokkant(nyugdíjas) 🞏 (B18) tartós beteg

**Egyéb közlendő (külön nyilatkozat is írható)**

(Csak olyan információt tartalmazzon, melyet a kérelem, és a csatolandó dokumentumok nem tartalmaznak.)

**Szobabeosztás**

(A végleges szobabeosztást a kollégium vezetősége hagyja jóvá.)

A szobabeosztásnál a következő hallgatókkal szeretnék egy szobába (szobaszám: ) kerülni:

1 2

**Nyilatkozat**

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy az egyetem vezetése az adatok ellenőrzése érdekében környezettanulmányt kérhet az illetékes polgármesteri hivataltól.

**Kelt**

**Budapest, 2016.**  **hó**  **nap**

**kérelmező aláírása**

**Kollégiumi felvételről szóló döntés**

(A kérelem elbírálásáról legkésőbb augusztus 25-ig értesítést kap a Neptun rendszeren keresztül, és levélben.)

FELVÉTELT NYERT ELUTASÍTVA VÁRÓLISTA SORSZÁMA:

Budapest, 2016. hó nap

aláírás

**KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓ**

(Leadáskor nem kell a Kollégiumi Felvételi Kérelemhez csatolni)

1. Az **első éves hallgató** a *Kollégiumi Felvételi Kérelmet* szíveskedjen eljuttatni a Kollégium (1135 Budapest, Szegedi út 27.) címére!
2. A **kollégiumi díj befizetés**ére – **Neptun rendszeren** keresztül – a **beköltözés napjáig** van lehetőség.
3. A beköltözés időpontjának módosítását kizárólag írásban benyújtott, indokolt kérelem alapján lehet figyelembe venni.
4. A háziorvosi igazolást (fertőző betegségben nem szenved) **beköltözés napjáig kell benyújtani.**
5. A *Kollégiumi Felvételi Kérelem*hez **szociális helyzet igazolására csatolandó** dokumentumok:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pont** | **Válasz** | **Szükséges dokumentum** |
| **A1** | Rendelkezem | Hallgatói jogviszony igazolás. |
| Nem rendelkezem | - |
| **B1** | *(Kitöltés esetén)* | Önkormányzat által kiállított igazolás a közös háztartásban élőkről,  **vagy** minden háztartásban élő lakcímkártyájának másolata.  (A lakcímkártya hátoldaláról (Személyi azonosító) nem kell másolat) |
| **B2** | *(Kitöltés esetén)* | Születési anyakönyvi kivonat másolata. |
| **B3** | *(Kitöltés esetén)* | Iskolalátogatási igazolás. |
| **B4** | *(Kitöltés esetén)* | Iskolalátogatási igazolás. / Tanulói jogviszony igazolás. |
| **B5** | *(Kitöltés esetén)* | Hallgatói jogviszony igazolás. |
| **B6** | *(Kitöltés esetén)* | Eltartó(k) havi jövedelmének hivatalos igazolása  (utolsó **három** hónap nettó jövedelmének **átlaga**),  **vagy**  Munkanélküliséget és álláskeresési járadékot igazoló dokumentum. |
| **B7** | Nem | - |
| Igen | Havi jövedelmének hivatalos igazolása (utolsó **három** hónap nettó jövedelmének **átlaga**). |
| **B8** | *(Kitöltés esetén)* |
| **B9** | *(Kitöltés esetén)* | Nyilatkozat a különélésről és hogy a másik fél nem járul hozzá a gyermek neveléséhez. |
| **B10** | *(Kitöltés esetén)* | - A szülők vagy az önfenntartó, jegyző vagy közjegyző előtt tett, 6 hónapnál nem régebbi nyilatkozata arról, hogy a kérelmező önfenntartó, valamint arról, hogy milyen formában támogatják, vagy nem támogatják megélhetését.  - Havi jövedelmének hivatalos igazolása (utolsó **három** hónap nettó jövedelmének **átlaga**). |
| **B11** | *(Kitöltés esetén)* | Válási dokumentum másolata. |
| **B12** | *(Kitöltés esetén)* | Halotti anyakönyvi kivonat másolata. |
| **B13** | *(Kitöltés esetén)* | Halotti anyakönyvi kivonatok másolata. |
| **B14** | *(Kitöltés esetén)* | Gyógyszeres kezelésről, vagy betegségről szóló orvosi igazolás. (Válaszadás ajánlott, de nem kötelező.) |
| **B15** | *(Kitöltés esetén)* | Lelkészi ajánlás. |
| **B16** | *(Kitöltés esetén)* | Nyugdíj összegéről hivatalos igazolás, nyugdíjas igazolvány másolata. |
| **B17** | *(Kitöltés esetén)* | Rokkantságot megállapító határozat másolata. |
| **B18** | *(Kitöltés esetén)* | Tartós betegségről szóló orvosi igazolás. |