



Program finansowany ze środków PFRON

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób**  
**Niepełnosprawnych w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”**  
**Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym**  
*(wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu)*

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „w załączeniu – załącznik nr...”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza. Właściwe pole należy zaznaczyć przez zakreślenie .

**1. Informacje Wnioskodawcy**

<b>DANE PERSONALNE</b>	
Imię ..... Nazwisko ..... Data urodzenia .....r.	
Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu .....r.	
przez ..... ważny do .....r.	
PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna      Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/zonaty	
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne	
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (adres) pobyt stały</b> Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... <small>(poczta)</small> Miejscowość ..... Ulica ..... Nr domu ..... nr lok. .... Powiat ..... Województwo ..... <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś	<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b> <small>(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)</small> Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... <small>(poczta)</small> Miejscowość ..... Ulica ..... Nr domu ..... nr lok. .... Powiat ..... Województwo .....
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania): .....	
Kontakt telefoniczny: ..... e’mail .....	
Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu:	
<input type="checkbox"/> - firma handlowa <input type="checkbox"/> - media <input type="checkbox"/> - Realizator programu <input type="checkbox"/> - PFRON <input type="checkbox"/> - inne, jakie:	

Informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz [www.pcpn-naklo.pl](http://www.pcpn-naklo.pl)

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: ..... <input type="checkbox"/> bezterminowo		
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
<input type="checkbox"/> 04-O narząd wzroku	<input type="checkbox"/> 05-R narząd ruchu	<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja
<input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo - pęciowego
<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 11-I Inne	<input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA	
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y od dnia: .....	
<input type="checkbox"/> zarejestrowana/y w PUP jako: <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna <input type="checkbox"/> osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu	
<input type="checkbox"/> nie dotyczy	
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia: ..... do dnia .....	Nazwa pracodawcy: .....
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony	.....
<input type="checkbox"/> inny, jaki .....	Adres miejsca pracy: .....
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podst. umowy o pracę	.....
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podst. powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę	Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: .....
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna (zlecenie, o dzieło)	.....
<input type="checkbox"/> staż zawodowy	.....
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP .....	
<input type="checkbox"/> na podst. wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr ....., dokonanego w urzędzie: .....	
<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie: .....	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	
Miejsce prowadzenia działalności .....	
ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE	
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> inne, jakie:	

## 2. Informacje uzupełniające

<b>DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY</b> (lub uczelni, gdy dotyczy opłat za przeprowadzenie przewodu doktorskiego przez osobę, która nie jest uczestnikiem studiów doktoranckich), na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku - dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania
Nazwa banku:
Numer rachunku bankowego:

### 3. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem złożenia niniejszego wniosku), w tym przez PCPR lub MOPR?

 TAK

 NIE

W przypadku odpowiedzi „TAK”, proszę wypełnić Tabelę poniżej:

Cel (nazwa instytucji, programu i/lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>						

### 4. Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu:

.....

.....

.....

### 5. Wymagalne zobowiązania:

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .....	
.....	
<u>Uwaga!</u>	
Przez wymagalne zobowiązania należy rozumieć:	
a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,	
b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych, wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. - zobowiązania:	
- wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna - w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,	
- wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji - w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,	
- wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności.	

## 6. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

W przypadku pobierania przez Wnioskodawcę nauki równocześnie w ramach kilku, poniżej wymienionych, form kształcenia lub pobierania nauki na kilku kierunkach danej formy kształcenia poniższą Tabelę należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły (kierunku nauki) oddzielnie.

Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:		
<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych
<input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim	<input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej
<input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej	<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej	<input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)

Okres trwania nauki w szkole ..... (ile semestrów)	Data rozpoczęcia nauki/studiów .....
Nauka odbywa się w systemie: <input type="checkbox"/> stacjonarnym <input type="checkbox"/> niestacjonarnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

Pełna nazwa szkoły: .....				
Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy	
Powiat	Województwo	Nr telefonu	adres http://www	
		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Wydział	Kierunek nauki	Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie	Rok nauki	Semestr nauki
Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				

## 7. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze)

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł*	Kwota wnioskowana (w zł)
Opłata za naukę (czesne)			
Dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego			
Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia			
Razem			

\* tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych lub pracodawcy, należy podać kwotę i źródło dofinansowania

**Oświadczam, że:**

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON (na ten sam cel finansowy) ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu nakielskiego i nie będę ubiegał/a się za pośrednictwem innego realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałem/am się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłem/em do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także [www.pccpr-naklo.pl](http://www.pccpr-naklo.pl),
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- przyjmuję do wiadomości, iż informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku należy zgłosić bezzwłocznie do Realizatora programu,
- w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/am stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT lub potwierdzenia poniesienia kosztu w formie zaświadczenia wydanego przez uczelnię (nie dotyczy dodatku na pokrycie kosztów kształcenia, które następuje na podstawie Oświadczenia Wnioskodawcy).

..... dnia ..... r.

.....  
**podpis Wnioskodawcy**

**8. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 8-10)**

Nazwa załącznika		Wypełnia wyłącznie Realizator programu		
		dołączono do wniosku	uzupełniono	data uzupełnienia/ uwagi
1	Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) potwierdzona za zgodność z oryginałem przez organ uprawniony lub kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) pod warunkiem przedstawienia jego oryginału do wglądu przy składaniu wniosku (stanowiące załącznik nr 1 do wniosku).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a lub 2b do formularza wniosku).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Oświadczenie o korzystaniu ze środków PFRON w ramach różnych form kształcenia na poziomie wyższym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do wniosku), a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego*.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni - wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (jeżeli tak to w jakiej wysokości).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	W przypadku studentów odbywających staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej – wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający zakwalifikowanie na staż, a w przypadku studentów, którzy w dniu złożenia wniosku odbywają staż, także dokument potwierdzający odbywanie tego stażu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Inne załączniki (należy wymienić):			
9				
10				

\* Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia odrębny dokument dla każdej szkoły lub kierunku nauki.

Wzór określony w załączniku nr 5 do wniosku nie dotyczy osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich oraz studentów uczelni zagranicznych – osoby te przedstawiają wymagany dokument wg wzoru obowiązującego w danej szkole.

**WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU**

Nr wniosku .....

**Deklaracja bezstronności**Oświadczam, że:

- nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia oraz nie jestem związany/a z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/am właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/am zatrudniony/a, w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z oceny wniosku/ przygotowania umowy/ obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt. 1-4.

Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)

**WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU**

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:		Uwagi
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
4	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
5	Wniosek zawiera wszystkie wymagane załączniki	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
6	Wniosek i załączniki są wypełnione poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Wniosek przekazany do uzupełnienia w zakresie pkt.:			
pieczętka imienna pracownika Realizatora programu		pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu	
data, podpis .....		data, podpis .....	

**UZUPEŁNIENIE WNIOSKU (jeżeli dotyczy)**

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt.: .....	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU:</b>	<input type="checkbox"/> POZYTYWNA <input type="checkbox"/> NEGATYWNA
pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku	pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu
data, podpis .....	data, podpis .....

**WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU****DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON  
W RAMACH PILOTAŻOWEGO PROGRAMU „AKTYWNY SAMORZĄD” MODUŁ II**

Nr wniosku .....

 POZYTYWNA NEGATYWNA**Deklaracja bezstronności**

Oświadczam, że:

1. nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia oraz nie jestem związany/a z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
2. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/am właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
3. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/am zatrudniony/a, w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
4. nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt. 1-4.

**PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł)**

Koszty opłaty za naukę (czesne) lub dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego – w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich

..... zł

Koszty opłaty za naukę (czesne) na kolejnym/ch kierunkach nauki

..... zł

Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia

..... zł

**Razem przyznane dofinansowanie**

..... zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....  
data.....  
podpisy osób podejmujących decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania

pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących umowę

pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis .....

data, podpis .....

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW**

Przez średni miesięczny dochód netto należy rozumieć przeciętny miesięczny dochód członka rodziny osiągnięty w roku kalendarzowym poprzedzającym okres zasiłkowy zgodnie z art. 3 pkt 2a ustawy z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych (j.t. Dz. U. z 2015r. poz. 114, z późn. zm.).

Wnioskodawca, który prowadzi samodzielne gospodarstwo domowe (jednoosobowe) i posiada własne stałe dochody składa niniejsze oświadczenie wyliczone na podstawie własnych dochodów. Za własne gospodarstwo domowe uważa się sytuację, gdy Wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.

Przez pojęcie wspólne gospodarstwo domowe należy rozumieć członków rodziny Wnioskodawcy, faktycznie wspólnie utrzymujących się i mających wspólny budżet domowy.

Ja niżej podpisany/a .....  
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

Zamieszkały/a .....  
(ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

		Sredni miesięczny dochód netto
1	Wnioskodawca: .....	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – <b>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą</b> <b>(np.: syn, córka, ojciec, matka, itp.):</b>		X
2		
3		
4		
5		
RAZEM		

Oświadczam, że:

1) średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi ..... zł (słownie złotych: .....)

2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia ..... r.  
miejscowość

.....  
podpis Wnioskodawcy

Uwaga:

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana, a Wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez Realizatora programu środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu.

Wnioskodawca na żądanie Realizatora programu zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym. W takim przypadku wraz z w/w. dokumentami należy przedłożyć także zgodę członków gospodarstwa domowego na przetwarzanie ich danych osobowych (zgodnie z załącznikiem nr 3 do formularza wniosku). Jeżeli wskazany średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie domowym uprawnia do ubiegania się o dofinansowanie na podstawie ustawy o pomocy społecznej, Realizator ma prawo żądać poświadczenia sytuacji materialnej rodziny z właściwego terenowego Ośrodka Pomocy Społecznej.



## OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Wypełnia zatrudniony Wnioskodawca, który chce ubiegać się o zwolnienie z wnieścia udziału własnego w kosztach czesnego

Ja niżej podpisana/y .....  
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

zamieszkała/y .....  
.....  
(ulica, nr domu, nr mieszkania, nr kodu, miejscowość)

Oświadczam, iż mój średniomiesięczny dochód za rok podatkowy 2014 (obliczony według wzoru znajdującego się w Objasnieniach poniżej) wyniósł ..... zł; słownie .....

....., dnia .....r. ....  
(miejscowość) (podpis Wnioskodawcy)

### Objaśnienia:

Z obowiązku wnieścia udziału własnego w module II zwolniony jest wnioskodawca, który zatrudnienie rozpoczął w 2015 roku lub ten, który w 2014 roku z tytułu zatrudnienia osiągnął średniomiesięczny dochód w wysokości niższej niż kwota 2.520 zł.

Średniomiesięczny dochód zatrudnionego beneficjenta w module II – dochód, jaki wynika z zeznania wnioskodawcy o wysokości osiągniętego dochodu (poniesionej straty) w roku podatkowym 2014 (PIT), wyliczony według wzoru: dochód po odliczeniu kosztów uzyskania przychodów/12, a w przypadku osób prowadzących działalność rolniczą – wysokość średniomiesięcznego dochodu wyliczona na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2013r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 23 września 2014r. - M.P. Poz. 827), tj. wyliczona według wzoru: (2.869 zł x liczba hektarów)/12.

Jednocześnie wyjaśniamy, iż Realizator może żądać okazania potwierdzonej przez Urząd Skarbowy kopii zeznania podatkowego za 2014 rok, albo samej kopii złożonego zeznania podatkowego z potwierdzeniem jego złożenia w US w celu weryfikacji dochodów Wnioskodawcy.

## Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez PCPR w Nakle nad Notecią oraz PFRON

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią przy ul. Dąbrowskiego 46 oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji programu, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w pilotażowym programie „Aktywny samorząd”.

*Niniejsze Oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie – inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.*

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres: ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy – niepotrzebne skreślić):

.....  
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią przy ul. Dąbrowskiego 46 oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (j.t. Dz. U. 2014 poz. 1182 z późn. zm.).

Zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....  
data i podpis osoby składającej Oświadczenie

## **Oświadczenie Wnioskodawcy**

### **o korzystaniu ze środków PFRON w ramach różnych form kształcenia na poziomie wyższym**

**Oświadczam, iż (właściwe zakreślić – możliwa jedna odpowiedź):**

- nie uzyskałam/em pomocy ze środków PFRON łącznie maksymalnie w ramach 20 i więcej semestrów/ półroczy różnych form kształcenia na poziomie wyższym w ramach programów PFRON:

- „Student – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych”,
- „Student II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych”,
- pilotażowy program „Aktywny samorząd”.

- uzyskałam/em pomoc ze środków PFRON łącznie w ramach więcej niż 20 semestrów/ półroczy różnych form kształcenia na poziomie wyższym w ramach programów PFRON:

- „Student – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych”,
- „Student II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych”,
- pilotażowy program „Aktywny samorząd”,

jednakże obecną formę kształcenia podjęłam/podjąłem przed dniem 31 stycznia 2014r.

- uzyskałam/em pomoc ze środków PFRON łącznie w ramach więcej niż 20 semestrów/ półroczy różnych form kształcenia na poziomie wyższym w ramach programów PFRON:

- „Student – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych”,
- „Student II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych”,
- pilotażowy program „Aktywny samorząd”

i obecną formę kształcenia podjęłam/podjąłem po dniu 31 stycznia 2014r.

.....  
data i podpis Wnioskodawcy

#### **Uwaga!**

Do limitu 20 semestrów, wchodzi semestry/półroczna objęte dofinansowaniem ze środków PFRON w ramach wszystkich form edukacji na poziomie wyższym, do których zalicza się:

- naukę w szkole policealnej (publicznej lub niepublicznej, utworzonej zgodnie z ustawą z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty),
- naukę w kolegium: pracowników służb społecznych, nauczycielskim lub nauczycielskim kolegium języków obcych utworzone zgodnie z ustawą z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty,
- naukę w szkole wyższej, w tym: studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia, jednolite studia magisterskie, studia podyplomowe lub doktoranckie prowadzone przez szkoły wyższe w systemie stacjonarnym (dziennym) lub niestacjonarnym (wieczorowym, zaocznym, lub eksternistycznym, w tym również za pośrednictwem Internetu),
- przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi.

.....  
pieczęć szkoły/uczelni

## ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb PFRON  
UWAGA! Wypełnia pracownik jednostki organizacyjnej szkoły/uczelni

Pan/Pani .....

Nr PESEL .....

rozpoczął/ęła naukę / kontynuuje naukę\* w .....

(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)

..... Rok nauki ..... Semestr nauki .....

Czy Pan/Pani powtarzał/a rok nauki:  tak  nie

Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce:  tak  nie

Okres zaliczeniowy w szkole:  semestr  rok akademicki (szkolny)

Nauka odbywa się w systemie:  stacjonarnym  niestacjonarnym

Forma kształcenia:

<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> kolegium pracowników służb społecznych
<input type="checkbox"/> kolegium nauczycielskie	<input type="checkbox"/> nauczycielskie kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> szkoła policealna
<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej		

Nauka jest odpłatna:  tak  nie

Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze (jeżeli dotyczy) w odniesieniu do w/w wymienionego Studenta wynosi:  
..... zł.

Czesne w/w Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane:  nie  tak – ze środków (jeżeli dotyczy):

1. .... w wysokości: ..... zł
2. .... w wysokości: ..... zł

**Średnia ocen** uzyskana w poprzednim roku akademickim (szkolnym) .....\*\* (średnia ocen wyliczona, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, jako średnia arytmetyczna, na podstawie wszystkich ocen uzyskanych w poprzednim roku akademickim/szkolnym – wszystkie oceny z egzaminów i zaliczeń wpisane do indeksu)

Obowiązująca na uczelni skala ocen .....

<b>Organizacja roku akademickiego (szkolnego) ...../..... r. w jednym półroczu:</b>	
Data rozpoczęcia semestru (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia semestru (dzień, miesiąc, rok)	
Data rozpoczęcia sesji egzaminacyjnej (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia sesji egzaminacyjnej (dzień, miesiąc, rok)	
Data rozpoczęcia obowiązkowych praktyk (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia obowiązkowych praktyk (dzień, miesiąc, rok)	

\* niepotrzebne skreślić

.....  
data, pieczęćka i podpis pracownika jednostki organizacyjnej szkoły