

Data wpływu:

(wypełnia PCPR)



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

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.

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.pcprtuchola.pl

Moduł II

pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

1 Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola w częściach 1-6

DANE PERSONALNE

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

Dowód osobisty: seria numer wydany w dniu.....r.

przez.....ważny do:r.

PESEL □□□□□□□□□□

Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty

Płeć: kobieta mężczyzna

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)

Kod pocztowy □□ - □□□□
(poczt)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy □□ - □□□□
(poczt)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

Kontakt telefoniczny: nr kier. nr telefonu.....

nr tel. komórkowego:.....

e-mail (o ile dotyczy):

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

- firma handlowa - media - PCPR - PFRON - inne, jakie:

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: okresowo do dnia: bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- NARZĄD RUCHU 05-R NARZĄD WZROKU 04-O, osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma

INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

- | | | | | |
|---|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
<input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA | <input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo - pęciowego | <input type="checkbox"/> 11-I inne |
| <input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> 06-E epilepsja | <input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego | <input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne | <input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe |

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:.....	zarejestrowany/a w PUP:	<input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <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 podstawie umowy o pracę	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę	Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:	
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna <input type="checkbox"/> staż zawodowy	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP:	<input type="checkbox"/> na podstawie 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:	

WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> podstawowe | <input type="checkbox"/> gimnazjalne | <input type="checkbox"/> zawodowe |
| <input type="checkbox"/> średnie ogólne | <input type="checkbox"/> średnie zawodowe | <input type="checkbox"/> policealne |
| <input type="checkbox"/> wyższe | <input type="checkbox"/> inne, jakie: | |

Ilość semestrów, do których uzyskano dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programów „Student”, „Student II” i „Aktywny samorząd”:

Okres nauki w szkole trwa (lat i semestrów):

I kierunek nauki

II kierunek nauki

1. semestrów

1. semestrów

2. lat

2. lat

Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym nie dotyczy

Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: tak nie

Pełna nazwa szkoły (pierwszy kierunek):
.....
.....

Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy
Powiat	Województwo	Nr telefonu	adres http://www
Wydział	Kierunek nauki	Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Rok nauki Semestr nauki

Pełna nazwa szkoły (drugi kierunek):
.....
.....

Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy	
Powiat	Województwo	Nr telefonu	adres http://www	
Wydział	Kierunek nauki	Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Rok nauki	Semestr nauki

4. Wnioskowana kwota dofinansowania (na semestr)

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł*	Wkład własny	Kwota wnioskowana (w zł)
Oplata za naukę (czesne):**				
Oplata za naukę (czesne):**				
Oplata za naukę (czesne):**				
Oplata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego/ w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich			X	
DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA			X	
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

** należy wpisać kierunek studiów/nauki

<p>DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY* (na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku)</p> <p>.....</p> <p>numer rachunku bankowego</p> <p>nazwa banku</p> <p><i>* lub należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby</i></p>

5. Informacje uzupełniające

Czy Wnioskodawca posiada aktualną Kartę Dużej Rodziny?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak: Jeżeli zaznaczono TAK należy dołączyć kopię dokumentu do wniosku.
Czy Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak:
Dodatkowe utrudnienia w dostąpieniu do edukacji wynikające z niepełnosprawności Wnioskodawcy	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, proszę opisać
Czy Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2017 lub 2018 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak: Jeżeli zaznaczono TAK należy dołączyć kopię decyzji przyznającej zasiłek celowy wydanej przez właściwy ośrodek pomocy społecznej (w przypadku działania żywiołu) lub inny dokument potwierdzający zdarzenie losowe
Czy Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch lub więcej kierunkach kształcenia lub studiuje w przyspieszonym trybie? (proszę zaznaczyć właściwe)	<input type="checkbox"/> dwa lub więcej kierunki nauki <input type="checkbox"/> przyspieszony tryb nauki

Czy Wnioskodawca był w ciągu ostatnich 3 lat stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak:
Czy wnioskodawca powtarza semestr/półrocze uprzednio objęte dofinansowaniem?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak:
Czy wnioskodawca zmienił kierunek lub szkołę/uczelnię, ponownie rozpoczyna naukę od poziomu (semestr/półrocze) objętego uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak:
Czy wnioskodawca po pomyślnym ukończeniu nauki objętej dofinansowaniem ze środków PFRON w ramach danej formy edukacji na poziomie wyższym, ponownie rozpoczyna lub kontynuuje naukę w ramach takiej samej formy edukacji na poziomie wyższym?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak:

Uzasadnienie wniosku

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że:

1. Nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego).
2. 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.
3. Zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl.
4. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że 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.
5. 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.
6. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły, zgodnie z zasadami programu.
7. Posiadam środki przeznaczone na udział własny (o ile dotyczy).
8. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić PCPR (w tym o podjęciu zatrudnienia w rozumieniu programu).
9. Przyjmuję do wiadomości, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie przez wnioskodawcę warunków uczestnictwa w programie także w dniu podpisania umowy.

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

..... dnia / / 20..... r.

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 7-12)

Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU		
	Dolącono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych - 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. Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (<i>sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku</i>) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich - dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego. <i>Uwaga! 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 4 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.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 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"/>	
6. W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni - wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (<i>jeżeli tak to w jakiej wysokości</i>).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Kserokopia Karty Dużej Rodziny.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE - WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

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 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/pracowników przeprowadzającego weryfikację wniosku

1.

2.

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	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	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
Data weryfikacji formalnej wniosku:/...../ 20.... r.

Weryfikacja formalna wniosku: pozytywna negatywna

Data, podpisy i pieczętka pracownika/pracowników dokonujących oceny formalnej wniosku

1.

2.

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna: w ramach Modułu II

negatywna: w ramach Modułu II

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

W przypadku wniosku w ramach Modułu II

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:

Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:

..... zł

..... zł

JZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....20..... r.

data

.....

podpisy osoby/osób podejmujących decyzję

