

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Wypełnia Realizator programu

programu finansowany ze środków PFRON

## WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu 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](http://www.pfron.org.pl) oraz [www.pcpertuchola.pl](http://www.pcpertuchola.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 urodzenia .....r.

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   -     .....  
(poczta)

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   -     .....  
(poczta)

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:

Wniosek „P” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

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"/> NARZĄD RUCHU 05-R	<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O, <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	
<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności <u>wynikające z orzeczenia</u> (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"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego
		<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo - płciowego
		<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:.....	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:	



Wniosek „P” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
 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: <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			

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:	Rok nauki	Semestr nauki
		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		

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

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

**4. Wnioskowana kwota dofinansowania (na semestr)**

Koszty nauki w rozbięciu 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	
<b>Razem</b>				

\* 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

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

**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:
datkowe utrudnienia w dostępie 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

*Wniosek „P” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”*

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 przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl).
4. 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.
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 powiadomić PCPR w ciągu 14 dni (w tym o podjęciu zatrudnienia w rozumieniu programu).

*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.*

<p>..... dnia ..... / ..... / 20..... r.</p>	<p>.....</p> <p><b>podpis Wnioskodawcy</b></p>
----------------------------------------------	------------------------------------------------

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

Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
	Dolączył 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 (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<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 (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku) 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 przedstawi 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 (jeżeli tak to w jakiej wysokości).	<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"/>	

**Wniosek „P” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
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 przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę,	Data, pieczętka i podpisy pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)

**WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU**

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione ( <i>zaznaczyć właściwie</i> ):	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	

Data weryfikacji formalnej wniosku:

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

**Weryfikacja formalna wniosku:**

**pozytywna**

**negatywna**

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie

w zakresie pkt: .....

- tak  - nie

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia

- tak  - nie

*pieczętka imienna pracownika Realizatora programu  
dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

*data, podpis:*

*pieczętka imienna kierownika właściwej  
jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

*data, podpis:*



Wniosek „P” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ...../...../20.... r. (o ile dotyczy)

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ...../...../20... r.

## DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna:  w ramach Modułu II

negatywna:  w ramach Modułu II

### 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 zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

### 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

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

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

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

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

*pieczętki imienne pracowników Realizatora  
programu przygotowujących/podpisujących  
umowę*

data, podpis:

*pieczętka imienna kierownika właściwej  
jednostki organizacyjnej Realizatora  
programu*

data, podpis:



## OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Przez **średni miesięczny dochód brutto** należy rozumieć średni miesięczny dochód brutto **stanowiący podstawę obliczenia podatku dochodowego** w roku kalendarzowym poprzedzającym rok, w którym złożono wniosek o dofinansowanie w ramach programu Aktywny samorząd Moduł II (w przypadku każdej z osób należy: łączny dochód brutto uzyskany przez tę osobę w danym roku kalendarzowym podzielić przez 12).

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.

Przez pojęcie „**rodzina Wnioskodawcy**” – należy przez to rozumieć osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie gospodarujące, przy czym przez osoby niespokrewnione pozostające w faktycznym związku - rozumie się osoby pozostające w związku w sensie prawnym (np. opiekunowie prawni, członkowie rodzin zastępczych, dzieci przysposobione itp.);

**Uwaga!** W przypadku osób samodzielnie gospodarujących, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.

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

.....  
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby (zgodnie z przypisem nr 1):

		Średni miesięczny dochód brutto
1.	Wnioskodawca: .....	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą (bez imienia i nazwiska):		<b>X</b>
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
RAZEM		

**Oświadczam, także że:**

- 1) w roku kalendarzowym poprzedzającym rok, w którym złożyłem(am) wniosek o dofinansowanie w ramach programu Aktywny samorząd Moduł II, średni miesięczny dochód brutto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł .....zł. (słownie złotych: .....)  
(należy wyliczyć zgodnie z przypisem nr 2);
- 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 postawie, której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania przez PCPR płatności tych środków.

**Przypis nr 1**

**Przez pojęcie „dochodu brutto”** – należy rozumieć dochód stanowiący podstawę obliczenia podatku, o którym mowa w ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 51, poz. 307), a w przypadku dochodu z pracy w indywidualnym gospodarstwie rolnym – dochód ustalony zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362, z późn. zm.).

W związku z powyżej przytoczoną definicją „dochodu brutto” przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, nie uwzględnia się **między innymi**:

- 1) świadczeń rodzinnych wypłacanych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, dodatków rodzinnych i pielęgnacyjnych;
- 2) świadczeń pomocy materialnej dla uczniów, studentów, uczestników studiów doktoranckich i osób uczestniczących w innych formach kształcenia, pochodzących z budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz ze środków własnych szkół i uczelni – przyznanych na podstawie przepisów o systemie oświaty, Prawo o szkolnictwie wyższym, a także przepisów o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki.

Szczegółowe zasady ustalania dochodu stanowiącego podstawę obliczenia podatku dochodowego od osób fizycznych określone zostały w art. 26 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 51, poz. 307). **Zgodnie z tym artykułem podstawę obliczenia podatku stanowi dochód po odliczeniu między innymi składek na ubezpieczenie społeczne.**

**Uwaga! Wnioskodawca na żądanie PCPR zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym** (np. kserokopie PIT-ów złożonych w US lub zaświadczenia z US, a tylko w przypadku, gdy dana osoba nie jest zobowiązana do składania PIT - inne dokumenty potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów). W takim przypadku wraz z ww. dokumentami należy przedłożyć także zgodę tych osób na przetwarzanie ich danych osobowych (zgodnie z załącznikiem nr 2 do formularza wniosku).

Jeżeli wykazany średni miesięczny dochód brutto na osobę w gospodarstwie domowym uprawnia do ubiegania się o dofinansowanie na podstawie ustawy o pomocy społecznej, PFRON ma prawo żądać poświadczenia sytuacji materialnej rodziny z właściwego terenowego Ośrodka Pomocy Społecznej.

**Przypis nr 2** – sposób wyliczenia średniego miesięcznego dochodu brutto przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

**średni miesięczny dochód brutto przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą**

=  $\frac{\text{łączny średni miesięczny dochód brutto wykazany w wierszu „Razem” w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia}}$

liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia

## OŚWIADCZENIE O WYRAŻANIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Nazwisko i imię.....

Adres.....

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r., nr 101, poz. 926 z późn. zm.) informujemy, że:

- Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane dla celów związanych ze złożeniem wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z art. 23, ust. 1 pkt 1) oraz pkt) 3 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.
- Administratorem danych są Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi, z siedzibą ul. Pocztowa 7, 89-500 Tuchola, tel. 052 559 20 18.
- Ma Pan/Pani prawo wglądu do treści swoich danych oraz prawo do ich poprawiania, sprostowania, usunięcia oraz ograniczenia ich przetwarzania.
- Zebrane dane będą przechowywane przez 10 lat od momentu zakończenia sprawy.
- Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości otrzymania dofinansowania.
- Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, że przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczących, narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. lub innych aktów prawnych w tym zakresie.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych moich danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r., nr 101, poz. 926 z późn. zm.) dla celów związanych z udzielaniem wsparcia przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi, z siedzibą przy ul. Pocztowe 7, 89-500 Tuchola.

.....  
Data i podpis składającego



.....  
pieczęć szkoły/uczelni

## ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni  
(pilotażowy program „Aktywny samorząd”)

Pan/Pani.....

nr PESEL .....

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

.....  
(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)

..... Rok nauki..... semestr nauki.....

Planowana długość pobierania nauki na tym kierunku kształcenia wynosi .... lata ....semestry

Czy student/uczeń powtarzał(a) rok nauki:  tak  nie

Czy student/uczeń korzysta z przerwy w nauce:  tak  nie

Okres zaliczeniowy w szkole:  semestr  rok akademicki (szkolny)

Nauka odbywa się w systemie:  stacjonarnym  niestacjonarnym

Czy student pobiera naukę w trybie przyspieszonym:  tak  nie

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\*\*  
(w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi: ..... zł

Czesne ww. Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane:  nie  tak - ze środków\*\*:

1. .... w wysokości:..... zł

2. .... w wysokości:..... zł

Długość pobierania nauki na danej formie kształcenia wynosi ..... lat .....semestry

**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

\*\* - jeżeli dotyczy

.....  
podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

data, podpis: .....

## Uwaga!

- 1) przez **kolegium pracowników służb społecznych, kolegium nauczycielskim lub nauczycielskim kolegium języków obcych** – należy rozumieć kolegia utworzone zgodnie z ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jednolity: Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.),
- 2) przez **studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia, jednolite studia magisterskie** – należy rozumieć studia, o których mowa w ustawie z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 164, poz. 1365, z późn. zm.),
- 3) przez **szkołę** – należy rozumieć szkołę, w której rozpoczyna lub kontynuuje naukę Wnioskodawca, w tym także jednostkę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów, do prowadzenia studiów podyplomowych lub studiów doktoranckich,
- 4) przez **szkołę policealną** – należy rozumieć publiczną lub niepubliczną szkołę policealną, utworzoną zgodnie z ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jednolity: Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.),
- 5) przez **szkołę wyższą** – należy rozumieć publiczną lub niepubliczną szkołę wyższą utworzoną zgodnie z ustawą z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 164, poz. 1365, z późn. zm.), a także szkołę wyższą i wyższe seminarium duchowne prowadzone przez Kościół Katolicki lub inne kościoły i związki wyznaniowe,
- 6) przez **półrocze** – należy rozumieć okres, na który może zostać przyznana pomoc finansowa na pokrycie kosztów nauki w szkole, obejmujący zajęcia dydaktyczne, sesję egzaminacyjną oraz obowiązkowe praktyki; datą rozpoczęcia półrocza jest data rozpoczęcia danego semestru,
- 7) przez **semestr** – należy rozumieć semestr ustalony w danej szkole, zgodnie z organizacją roku akademickiego (szkolnego) lub w przypadku szkół, w których okresem zaliczeniowym jest rok akademicki (szkolny), połowę roku akademickiego (szkolnego).



# KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU W RAMACH PILOTAŻOWEGO PROGRAMU „AKTYWNY SAMORZĄD”

## 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, pieczętki i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie, przygotowujących umowę	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)

## 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	

Data weryfikacji formalnej wniosku: ..... / ..... / 20.... r.

**Weryfikacja formalna wniosku:**       **pozytywna**       **negatywna**

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

*pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

*data, podpis:*

**KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: .....**  
**- dotyczy Modułu .....**

KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja nr 1 wniosku	Punktacja nr 2 wniosku
<b>1. Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:</b>					
a)	Występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności)	5	5		
<b>2. Aktywność zawodowa:</b>					
a)	Osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)	40	40		
<b>3. Inne kryteria:</b>					
a)	Wnioskodawca w 2017 lub w 2018 r. został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych	10	<b>55</b>		
b)	Uzasadnienie wniosku	0-20			
c)	Wnioskodawca zamieszkuje z innymi osobami niepełnosprawnymi	5			
d)	Dodatkowe okoliczności mające wpływ na sytuację osoby niepełnosprawnej	0-5			
	Wniosek był kompletny w chwili złożenia	15			
<b>RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 3)</b>		<b>x</b>	<b>100</b>		
<b>Średnia punktowa oceny wniosku</b>					

**Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: 30**

*pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego oceny merytorycznej wniosku*

*data, podpis:*

**DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON**

pozytywna:

negatywna:

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

..... zł

**UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:**

**ZATWIERDZONO**

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

*data, podpis:*