

Wniosek złożono w

w dniu

Nr sprawy:



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „MODUŁ II” - 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.

MODUŁ II - pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

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

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

przez..... ważny dor. Płeć: kobieta mężczyzna

PESEL

Stan cywilny: wolna/y zamężna/zonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość.....

Ulica.....

Nr domu nr lok. Powiat.....

Województwo

miasto wieś

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

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

nr tel. komórkowego:.....

e-mail:

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

STRONA 2

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu | <input type="checkbox"/> 05- R upośledzenie narządu ruchu | <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"/> 04- O choroby narządu wzroku | <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

niezatrudniona/y: od dnia:..... bezrobotna/y: * od dnia poszukująca/y pracy: * od dnia

nie dotyczy * - zarejestrowana/y w urzędzie pracy

| | |
|---|---|
| <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 <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna <input type="checkbox"/> staż zawodowy | Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: |

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza | <input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr.....dokonanego w urzędzie: |
| Nr NIP: | <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:..... |
| <input type="checkbox"/> działalność rolnicza | Miejsce prowadzenia działalności: |

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

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

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY* (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

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. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł II

Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie w ramach kilku, poniżej wymienionych, form kształcenia lub pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: TAK NIE
Jeśli „TAK”, 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 powtarza semestr / półrocze / rok szkolny lub akademicki: <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 | |
| Wydział | Kierunek nauki | Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie: | Rok nauki | Semestr nauki |
| | | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | | |

6. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze)

Tabela nr 1

| MODUŁ II - wysokość udziału własnego wnioskodawcy (w kosztach czesnego): | | |
|--|---------------------------|--------------------------------------|
| Liczba form kształcenia jednocześnie objętych dofinansowaniem w ramach programu | Wnioskodawcy zatrudnieni: | Wnioskodawcy <u>nie</u> zatrudnieni: |
| Jedna forma kształcenia na poziomie wyższym (na jednym kierunku) | 15% | x |
| Więcej niż jedna forma kształcenia na poziomie wyższym (więcej niż jeden kierunek) | 65% **** | 50% ***** |

**** warunek dotyczy drugiej i kolejnych form kształcenia na poziomie wyższym (drugiego i kolejnych kierunków).

| 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) |
|---|--------------|--|------------------|--------------------------|
| Opłata za naukę (czesne):** | | | | |
| Opłata za naukę (czesne):** | | | | |
| Opłata za naukę (czesne):** | | | | |
| Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski | | | | |
| DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA | | | | |
| Zwiększenie dodatku z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania | | | | |
| Zwiększenie dodatku z tytułu dodatkowych kosztów z powodu barier w poruszaniu się lub z powodu barier w komunikowaniu się – w szczególności z tytułu pomocy tłumacza migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej, przewodnika osoby niewidomej itp. | | | | |
| Zwiększenie dodatku z tytułu posiadania Karty Dużej Rodziny. | | | | |
| Zwiększenie dodatku z tytułu pobierania nauki jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki | | | | |
| 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

*** **wkład własny**: wysokość wkładu własnego w kosztach czesnego określa tabela nr 1 z zastrzeżeniem, iż z obowiązku wniesienia ww. udziału własnego w module II zwolniony jest wnioskodawca:

a) którego wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu nie przekracza kwoty 583 zł (netto) na osobę.

7. 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 – oryginał do wglądu. |
| Czy Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania? | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak: |
| Dodatkowe koszty ponoszone z powodu barier w poruszaniu się lub barier w komunikowaniu się (np. asystent osobisty osoby niepełnosprawnej, tłumacz języka migowego)? | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak: Jeżeli TAK to jakiego rodzaju są to koszty? |

Oświadczam, że:

- nie ubiegam się i nie będę w bieżącym roku ubiegał(a) się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON – 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,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjmuję do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.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,

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. w ciągu ostatnich **3 lat byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: **tak** - **nie**,
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
8. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach czesnego (dot. osób pracujących i studiujących na więcej niż jednym kierunku).

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

podpis Wnioskodawcy

Pouczenie:

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.

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (od wiersza 7)

| Nazwa załącznika | | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwie) | | |
|------------------|---|--|--------------------------|--------------------------|
| | | Dolącono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1. | Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) - oryginał dokumentu do wglądu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do formularza wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku 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. | Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku do formularza wniosku) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego. 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 do formularza 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. | <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. | Inne załączniki (należy wymienić): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |