

Wniosek złożono w
w dniu

Nr sprawy:



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK – część A (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

wsparcie adresowane do osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności pobierających naukę w szkole wyższej lub szkole policealnej lub kolegium, a także mających przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

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

Dowód osobisty: seria numer wydany w dniu.....r.
przez....., ważny do dnia

Płeć: kobieta mężczyzna

PESEL

Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(pocztą)

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 (o ile dotyczy):

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

- firma handlowa - media - Realizator programu - PFRON - inne, jakie:

Rodzaj gospodarstwa domowego Wnioskodawcy:	<input type="checkbox"/> samodzielne <input type="checkbox"/> wspólne, liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym Uwaga! Przez samodzielne gospodarstwo domowe należy rozumieć sytuację, gdy wnioskodawca mieszka oraz utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów lub przy wsparciu właściwych instytucji ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu, przy czym wnioskodawcą, który kończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów ani nie korzysta ze wsparcia właściwych instytucji, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/opiekunów.
---	--

Przeciętny miesięczny dochód (netto) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosił (zgodnie z załącznikiem do wniosku) zł
---	----------

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 , w zakresie: <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej <input type="checkbox"/> innym				
Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym <input type="checkbox"/> lub elektrycznym <input type="checkbox"/> Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym <input type="checkbox"/> lub elektrycznym <input type="checkbox"/> Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym <input type="checkbox"/> lub elektrycznym <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni	Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni		
<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (<i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i>):				
<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

 zatrudniona/y: od dnia: do dnia:

 na czas nieokreślony inny, jaki:

 stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

 stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

 umowa cywilnoprawna

 staż zawodowy

Nazwa pracodawcy:

Adres miejsca pracy:

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

 zarejestrowana/ zarejestrowany jako osoba bezrobotna: od dnia

 zarejestrowana/ zarejestrowany jako poszukująca/poszukujący pracy: od dnia

 nie dotyczy

 działalność gospodarcza

Nr NIP

 na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej
nr dokonanego w urzędzie
.....

 inna, jaka i na jakiej podstawie
.....

 działalność rolnicza

miejsce prowadzenia działalności

 poprzednio zatrudniona/y prowadząca/y działalność gospodarczą/rolniczą w okresie od dnia r.
do dnia r.

 niezatrudniona/y od dnia: r.

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

 podstawowe

 gimnazjalne

 zawodowe

 średnie ogólne

 średnie zawodowe

 policealne

 wyższe

 inne, jakie:

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca (lub jego podopieczny) korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym został złożony wniosek o dofinansowanie, w tym poprzez PCPR lub MOPR?						tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Beneficjent (imię i nazwisko osoby na rzecz której były przyznane środki PFRON)	Cel (nazwa instytucji, programu/zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Razem uzyskane dofinansowanie:							

Czy Wnioskodawca korzystał w latach ubiegłych ze środków PFRON w ramach Programu STUDENT, STUDENT II, Aktywny Samorząd – Moduł II			tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Nazwa programu	Pozioma kształcenia <small>np. nauka w szkole policealnej, studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia, studia podyplomowe lub doktoranckie prowadzone w systemie dziennym lub wieczorowym, zaocznym, eksternistycznym, za pośrednictwem internetu</small>	Ilość dofinansowanych semestrów	
STUDENT kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych			
STUDENT II kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych			
Pilotażowy program „Aktywny Samorząd” Moduł II			

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:	
.....	
Uwaga! W pilotażowym programie „Aktywny Samorząd” nie mogą uczestniczyć osoby, które posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub wobec Realizatora programu. Za „wymagalne zobowiązania” należy rozumieć zobowiązania, których termin zapłaty minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone.	

3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

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

Aktualna forma kształcenia jest realizowana zgodnie z planem/programem studiów: tak nie

Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym nie dotyczy

Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: tak nie

Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: tak 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		

W którym roku otrzymała/otrzymał Pani/Pan po raz pierwszy dofinansowanie ze środków PFRON do kosztów nauki na poziomie wyższym rok

Czy aktualnie powtarza Pani/Pan semestr/półrocze nauki na poziomie wyższym w ramach danej formy kształcenia, uprzednio objętej dofinansowaniem ze środków PFRON?

z powodu:

- niezadawalających wyników w nauce (na tym samym kierunku nauki) ,
- zmiany kierunku nauki (jednocześnie nie ukończył wcześniej rozpoczętego kierunku z powodu:)
- zmiany kierunku nauki (jednocześnie ukończył wcześniej rozpoczętą naukę na innym kierunku, ale na tym samym poziomie kształcenia)

tak nie

Czy wcześniej powtarzała/ powtarzał Pani/Pan semestr/półrocze nauki w trakcie korzystania z dofinansowania ze środków PFRON do kosztów nauki na poziomie wyższym w ramach danej formy kształcenia? Jeśli tak, proszę o podanie, które semestry były powtarzane:

tak nie

Czy w ramach danej formy kształcenia na poziomie wyższym zmieniła/zmienił Pani/Pan kierunek lub szkołę/uczelnię i ponownie rozpoczyna naukę od poziomu (semestr/półrocze) objętego uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy po pomyślnym ukończeniu nauki objętej dofinansowaniem ze środków PFRON w ramach danej formy edukacji na poziomie wyższym, ponownie rozpoczyna lub kontynuuje Pani/Pan naukę w ramach takiej samej formy edukacji na poziomie wyższym? (np. po zakończeniu studiów I stopnia ponownie rozpoczyna studia I stopnia)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

4. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze)

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki i semestr nauki	Koszt (w zł)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł*	Kwota wnioskowana (w zł)
Oplata za naukę (czesne) na kierunku: <i>wpisać I kierunek studiów</i>	<i>wpisać pełny koszt</i>		
Udział własny w przypadku osoby zatrudnionej – 15% kosztów czesnego**	<i>wpisać wysokość udziału własnego</i>		
Oplata za naukę (czesne) na kierunku: <i>wpisać II kierunek studiów</i>	<i>wpisać pełny koszt</i>		
Udział własny w przypadku osoby zatrudnionej – 65% kosztów czesnego**	<i>wpisać wysokość udziału własnego</i>		
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*** W przypadku wnioskowania o zwiększoną kwotę dodatku należy wskazać przyczynę zwiększenia: <ol style="list-style-type: none"> 1. Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z powodu barier w poruszaniu się, 2. Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania 3. Wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny 4. Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki, 5. Wnioskodawca studiuje w przyspieszonym trybie 6. Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 roku lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, 7. Wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego 			
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,

** udział własny w kosztach czesnego obowiązuje dla zatrudnionych beneficjentów programu, z zastrzeżeniem, iż z obowiązku wniesienia tego udziału zwolniony jest wnioskodawca, gdy wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu (w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy) obliczonego za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek nie przekracza kwoty 764 zł netto,

*** ewentualne uzasadnienie lub rozszerzenie informacji w sprawie przyznania zwiększonej kwoty dodatku na pokrycie kosztów kształcenia należy wpisać w pkt 5 wniosku tabela podpunkt 3.

5. Informacje niezbędne do weryfikacji wniosku

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu, jakimi jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta programu w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
2) Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON (do istotnych przesłanek należą okoliczności związane przede wszystkim z nauką i aktywnością zawodową Wnioskodawcy)	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
3) Ewentualne uzasadnienie/ rozszerzenie informacji w sprawie przyznania zwiększonej kwoty dodatku na pokrycie kosztów kształcenia	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

6. Informacja uzupełniająca:

Przekazanie przyznanych środków finansowych
<p>Przekazanie przyznanych środków finansowych nastąpi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - na rachunek bankowy uczelni/szkoły policealnej na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT (lub innego dowodu księgowego, a także potwierdzenie poniesienia kosztu w formie zaświadczenia wydanego przez uczelnię, gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe), lub na wskazany rachunek bankowy wnioskodawcy - po przedłożeniu dokumentu potwierdzającego wpłatę udziału własnego (o ile dotyczy) <p>Numer rachunku bankowego Wnioskodawcy/Uczelni/Szkoły Policealnej*</p> <p>.....</p> <p>Nazwa banku:</p> <p>.....</p> <p><small>* niewłaściwe wykreślić</small></p>

Oświadczam, że:

1. świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 Kodeksu karnego w związku z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 Kodeksu postępowania administracyjnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach zostały podane zgodnie z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
2. zobowiązuję się zgłosić bezwzględnie do Realizatora programu informacje o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku,

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, www.kwidzyn.epcpr.pl,
4. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał(a) się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy tj. pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
5. nie otrzymałam(em) w danym roku, na podstawie odrębnego wniosku – dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków PFRON na ten sam cel finansowy tj. pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym,
6. 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,
7. w ciągu ostatnich 3 lat byłam(em) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
8. **posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego wynoszącego co najmniej 15% wartości czesnego – w przypadku zatrudnionych beneficjentów programu, którzy korzystają z pomocy w ramach jednej formy kształcenia na poziomie wyższym (na jednym kierunku),**
9. **posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego wynoszącego co najmniej 65% wartości czesnego - w przypadku zatrudnionych beneficjentów programu, którzy korzystają z pomocy w ramach więcej niż jedna forma kształcenia na poziomie wyższym (więcej niż jeden kierunek) – warunek dotyczy drugiej i kolejnych formy kształcenia na poziomie wyższym (drugiego i kolejnych kierunków),**
10. **posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego wynoszącego co najmniej 50% wartości czesnego na pokrycie kosztów drugiego i kolejnych kierunków w przypadku beneficjentów niezatrudnionych.**
11. **obecnie nie korzystam z przerwy w kontynuowaniu nauki, w trakcie której nie ponoszę kosztów nauki (urlop dziekański, urlop zdrowotny),**
12. 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,
13. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków PFRON może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT lub innego dowodu księgowego, gdy wystawienie faktury nie jest możliwe – do rozliczenia na warunkach określonych w umowie dofinansowania,
14. w przypadku przyznania dofinansowania ze środków PFRON dostarczę w wyznaczonym terminie pisemną informację, przygotowaną zgodnie z wytycznymi PFRON, w zakresie ewaluacji programu, odzwierciedlającą stan faktyczny w zakresie efektów udzielonego dofinansowania, w tym w odniesieniu do celów programu,
15. posiadam wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub wobec Realizatora programu: tak - nie.

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.

Uwaga!

Z uczestnictwa w programie wyłączeni są Wnioskodawcy, którzy po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz.U. z 2018, poz. 511, z późn. zmianami), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON, naruszyli warunki umowy (między innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i nie doprowadzili do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku.

W przypadku, gdy wnioskodawca przedstawia do wniosku dokumenty wystawione w języku innym niż język polski, zobowiązany jest do przedłożenia tłumaczenia tych dokumentów na język polski przez tłumacza przysięgłego. Koszty związane z tłumaczeniem tych dokumentów nie są refundowane ze środków PFRON.

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

Miejscowość

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe:

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (netto) i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone według wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych dla celów rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (sporządzone według 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.	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 4 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 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – zaświadczenie o zatrudnieniu lub inny dokument potwierdzający zatrudnienie lub działalność gospodarczą bądź rolniczą i wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierające informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (jeżeli tak to w jakiej wysokości)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Karta dużej rodziny poświadczona za zgodność z oryginałem przez Wnioskodawcę (oryginał do wglądu przy zawieraniu umowy, w przypadku przyznania dofinansowania lub na prośbę Realizatora programu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Uzasadnienie i udokumentowanie występujących barier, gdy Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z powodu barier w poruszaniu się – jeśli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Dokument z uczelni potwierdzający studia w przyspieszonym trybie – jeśli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Dokument potwierdzający korzystanie z usług tłumacza języka migowego – jeśli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	W przypadku reprezentowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika – kserokopia pełnomocnictwa notarialnego (oryginał do wglądu) wraz z pisemnym oświadczeniem pełnomocnika stanowiącym załącznik nr 5 do formularza wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Oświadczenie o warunkach dopuszczalności pomocy w Module II sporządzone według wzoru określonego w załączniku nr 6 do formularza wniosku.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	W przypadku osób poszkodowanych w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, dokument potwierdzający zdarzenie np. wystawiony przez jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, policję.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Na prośbę PCPR zaświadczenie o dochodach wszystkich członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	Dowód osobisty do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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, pieczęć i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczęć i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczęć 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:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (<i>zaznaczyć właściwe</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:	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie

pieczęć imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczęć imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis:

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:

- 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:	Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:
..... zł zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

<p>.....20..... r.</p> <p>data</p>	<p>.....</p> <p>podpisy osób podejmujących decyzję</p>
------------------------------------	--

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: