



**PROGRAM FINANSOWANY ZE ŚRODKÓW  
PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI  
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

## WNIOSEK

**o dofinansowanie kosztów nauki w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”  
Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym**  
(Informacje o programie: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl))

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki czytelnie, 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.

### 1. Informacje o Wnioskodawcy

#### DANE PERSONALNE

Imię..... Nazwisko..... Data urodzenia.....r.  
Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu ..... r.  
przez ..... ważny do ..... r. Płeć:  kobieta  mężczyzna  
PESEL             Stan cywilny:  wolna/y  zamężna/żonaty  
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

#### MIEJSCE ZAMIESZKANIA (Adres)

Kod pocztowy   -     
Poczta .....  
Miejscowość .....  
Ulica .....  
Nr domu ..... Nr m. ....  
Powiat .....  
Województwo .....  
 miasto do 5 tys. mieszkańców  
 inne miasto  wieś

#### ADRES ZAMELDOWANIA

*wpisać jeżeli jest inny niż adres zamieszkania*

Kod pocztowy   -     
Poczta.....  
Miejscowość .....  
Ulica .....  
Nr domu .....Nr m. ....  
Powiat .....  
Województwo .....

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny od adresu zamieszkania): .....  
.....

Kontakt telefoniczny: nr tel. .... /nr tel. Komórkowego .....  
e-mail (o ile dotyczy): .....

W sytuacji osób z dysfunkcją narządu słuchu rodzaj kontaktu przez sms: tak  nie

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

firma handlowa  media  Realizator  PFRON  
 inne, jakie .....

**STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY**

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i 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 ważne: <input type="checkbox"/> okresowo do .....		
<input type="checkbox"/> bezterminowo		

**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY**

<input type="checkbox"/> <b>05-R</b> narząd ruchu	<input type="checkbox"/> <b>06-E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> <b>10-N</b> choroby neurologiczne
<input type="checkbox"/> <b>03-L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> <b>04-O</b> narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	<input type="checkbox"/> inne przyczyny, jakie .....

Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:  nie  tak:  samodzielnie  niesamodzielnieniepełnosprawność sprzężona  nie  tak:  2 przyczyny  3 przyczyny niepełnosprawności**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY**

zatrudniona(y) na podstawie umowy o pracę:  
 zatrudniona(y): od dnia: ..... do dnia .....  na czas nieokreślony  
 inny, jaki .....

zawód wykonywany: .....

miejsce pracy (wraz z adresem i nr telefonu): .....

 inna forma zatrudnienia, jaka ..... nie zatrudniona(y) od dnia .....  staż zawodowy: od dnia: ..... do dnia: ..... zarejestrowana(y) w PUP od dnia ..... jako:  bezrobotny  poszukujący pracy**WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY**

<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\*  
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku**Dane właściciela konta (imię i nazwisko) .....  
numer rachunku bankowego .....  
nazwa banku .....

\* - należy wskazać dane rachunku bankowego Wnioskodawcy! lub wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym bądź wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

**A.** Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał (w ciągu ostatnich 3 lat) ze środków PFRON (w tym poprzez jednostki samorządu powiatowego – PCPR lub MOPR): **tak**  **nie**

**Uwaga!** – Informacja w części A nie dotyczy dofinansowania otrzymanego w ramach programu „STUDENT”, „STUDENT II” oraz „Aktywny Samorząd – Moduł II”

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

**B.** Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak  nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak  nie

Jeżeli tak, podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:  
 .....  
 .....

**Uwaga!**  
 W ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” nie mogą uczestniczyć osoby, które posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub wobec Realizatora programu.

Czy Wnioskodawca w poprzednim roku szkolnym/akademickim zrezygnował z przyczyn własnych z otrzymanego dofinansowania: **tak**  **nie**

Jeżeli tak, należy podać przyczynę rezygnacji: .....  
 .....

**C.** Wnioskodawca otrzymał wcześniej (w poprzednich latach) na podstawie innego wniosku, dofinansowanie w ramach programu:

1. „STUDENT”: tak  nie  i/lub „STUDENT II”: tak  nie

Kiedy Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie: .....  
 .....

Liczba semestrów nauki, do których Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie: .....

Nazwa Oddziału PFRON, za pośrednictwem którego Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie: .....

Forma kształcenia, która była dofinansowana: .....  
 .....

Kierunek kształcenia, który był dofinansowany .....  
 .....

Nazwa Uczelni/szkoły: .....  
 .....

2. „AKTYWNY SAMORZĄD – MODUŁ II”: tak  nie

Kiedy Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie:.....

Liczba semestrów nauki, do których Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie: .....

Nazwa Realizatora, za pośrednictwem, którego Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie: .....

Forma kształcenia, która była dofinansowana: .....

Kierunek kształcenia, który był dofinansowany .....

Nazwa Uczelni/szkoły: .....

### 3. Informacje o nauce pobieranej przez Wnioskodawcę

#### Uwaga!

Wnioskodawca, który pobiera naukę równocześnie w ramach kilku, poniżej wymienionych, form kształcenia lub pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia może ubiegać się (na podstawie niniejszego wniosku) o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na poszczególnych formach kształcenia lub na poszczególnych kierunkach danej formy kształcenia – w przypadku korzystania z tego uprawnienia **poniższą Tabelę („Informacje o nauce pobieranej przez Wnioskodawcę”)** należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły (kierunku nauki) oddzielnie.

Wnioskodawca **korzysta** z powyżej wskazanego uprawnienia:  tak  nie

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	<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: .....semestrów, .....rok/lat/a		Data rozpoczęcia nauki/studiów: ..... r.	
Nauka odbywa się w systemie: <input type="checkbox"/> stacjonarym <input type="checkbox"/> niestacjonarym <input type="checkbox"/> nie dotyczy			
Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			
Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			
Wnioskodawca powtarza/ł semestr/półrocze/rok szkolny lub akademicki w ramach danej formy kształcenia: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak – należy podać ile razy: ..... oraz przyczynę: .....			

Pełna nazwa szkoły/Uczelni: .....			
.....			
Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy
Powiat	Województwo	Nr telefonu	adres <a href="http://www">http://www</a>
Wydział.....			
Kierunek nauki.....			
Rok nauki	Semestr nauki	Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Czy wnioskodawca w ramach danej formy kształcenia na poziomie wyższym zmieniając kierunek lub szkołę/uczelnię w trakcie pobierania nauki, ponownie pobiera naukę na poziomie (semestr/półrocze) objętym uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON:			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy wnioskodawca po pomyślnym ukończeniu nauki objętej dofinansowaniem ze środków PFRON w zakresie danej formy edukacji na poziomie wyższym, ponownie rozpoczyna lub kontynuuje 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
Czy wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie semestru/półrocza danej formy edukacji na poziomie wyższym, jaki dotychczas nie był objęty dofinansowaniem ze środków PFRON:			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

#### 4. Informacje uzupełniające

Przerwa w nauce			
(należy przez to rozumieć przerwę w kontynuowaniu nauki, w trakcie której osoba niepełnosprawna nie ponosi kosztów nauki)			
<input type="checkbox"/> urlop dziekański w okresie od - do .....	<input type="checkbox"/> urlop zdrowotny w okresie od - do .....	<input type="checkbox"/> inny (jaki?) ..... .....	<input type="checkbox"/> nie dotyczy

#### 5. Zakres rzeczowy i finansowy wnioskowanego dofinansowania

Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie w ramach <b>kilku form kształcenia</b> lub pobiera naukę na <b>kilku kierunkach danej formy kształcenia</b> i niniejszym wnioskiem ubiega się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na poszczególnych formach kształcenia lub poszczególnych kierunkach danej formy kształcenia: <b>tak</b> <input type="checkbox"/> <b>nie</b> <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak – w tabeli koszty nauki należy <b>podać w rozbiciu</b> na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki

Wnioskodawca <b>otrzymał</b> na pokrycie kosztów wskazanych w poniższej tabeli dofinansowanie (stypendium) z <b>innych źródeł</b> , tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych: <b>tak</b> <input type="checkbox"/> <b>nie</b> <input type="checkbox"/>
Jeżeli „tak” - należy wskazać, przy danej pozycji kosztu, w jakiej części koszt ten zostanie dofinansowany z innych źródeł ( <b>należy podać kwotę i źródło dofinansowania</b> )

### Udział własny wnioskodawcy

Moduł II – wysokość udziału własnego wnioskodawcy (w kosztach czesnego)

\*Proszę wpisać kwotę czesnego, jaką wnioskodawca poniesie

nie dotyczy (brak czesnego)

Liczba form kształcenia jednocześnie objętych dofinansowaniem w ramach programu	Wnioskodawcy zatrudnieni:	Wnioskodawcy <u>nie</u> zatrudnieni:
Jedna forma kształcenia na poziomie wyższym (jeden kierunek)	15% wartości czesnego*: ..... zł	Nie wymagany udział własny
Więcej niż jedna forma kształcenia na poziomie wyższym (więcej niż jeden kierunek)	65% wartości czesnego*#: ..... zł	50% wartości czesnego*: ..... zł

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

### Wnioskodawca występuje o przyznanie dofinansowania na pokrycie kosztów nauki jednego półrocza:

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł (w zł)	Wkład własny (w zł)	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, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich (nie więcej niż 4.000,00 zł)				
<input type="checkbox"/> Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia: (nie więcej niż 1.000,00 zł)  Zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia w przypadku: <input type="checkbox"/> ponoszenia kosztów z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania (nie więcej niż 500,00 zł) <input type="checkbox"/> ponoszenia dodatkowych kosztów z powodu barier w poruszaniu się lub barier w komunikowaniu się (osoba korzystająca z pomocy tłumacza języka migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej) (nie więcej niż 700,00 zł) <input type="checkbox"/> posiadania aktualnej (ważnej) Karty Dużej Rodziny (nie więcej niż 300,00 zł) <input type="checkbox"/> pobierania nauki jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki (nie więcej niż 300,00 zł)				
<b>RAZEM:</b>				

\*\* należy wpisać kierunek studiów/nauki

### 6. Uzasadnienie wniosku - należy wskazać związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – Moduł II

.....

.....

.....

.....

.....

## 7. Gospodarstwo domowe/dochód

Oświadczam, że prowadzę:  samodzielne gospodarstwo domowe  wspólne gospodarstwo domowe

**Przeciętny miesięczny dochód netto** przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi ..... złotych (słownie: .....)

### Oświadczam, że:

- 1) uzyskałem(am) pomoc ze środków PFRON w ramach ..... **semestrów/półroczy** różnych form kształcenia na  
(ilość semestrów/półroczy)  
poziomie wyższym (warunek ten dotyczy wsparcia udzielonego w ramach programów: Aktywny Samorząd-Moduł II, „Student – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych” oraz „Student II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych),
- 2) o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatowego w Krapkowicach, tj. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego): **tak**  **nie**
- 3) podane we wniosku i w załącznikach do tego wniosku informacje są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania;
- 4) 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 **nie przewiduje się możliwości** powtórznego uzupełniania wniosku, a także że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną;
- 5) 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;
- 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) **zapoznałem(am) się** z zasadami udzielania pomocy w ramach programu „Aktywny Samorząd” oraz przyjąłem (przyjęłam) do wiadomości, że tekst programu „Aktywny Samorząd” i procedur realizacji tego programu są dostępne na stronie internetowej PFRON: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl)
- 8) przyjmuje do wiadomości, iż wszelkie informacje o zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku zobowiązuję się zgłosić niezwłocznie do samorządu powiatowego w Krapkowicach;
- 9) posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w opłacie za naukę(czesne):  
**tak**  **nie**  **nie dotyczy**

*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 ..... r.  
miejsowość data

.....  
**podpis Wnioskodawcy**

## 8. Załączniki wymagane do wniosku

Lp.	Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU		
		Dołączone do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia
1.	Kserokopie aktualnych dokumentów potwierdzających stopień niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	<p>Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (<i>sporządzony wg wzoru określonego w załączniku do wniosku</i>) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego.</p> <p><b>Uwaga!</b> Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia <b>odrębny dokument</b> dla każdej szkoły lub kierunku nauki.</p> <p><b>Uwaga!</b> Wzór określony w załączniku do wniosku <b>nie dotyczy</b> 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.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	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"/>	
4.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do wniosku</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument ( <i>sporządzony wg wzoru określonego w załączniku do wniosku</i> ), 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"/>	
6.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do wniosku</i> ) – wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia dowodu osobistego osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Kserokopia aktualnej (ważnej) Karty Dużej Rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	