



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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)

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.	
PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> *	
Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/żonaty	
Dowód osobisty seria numer wydany w dniur. przez.....	
..... ważny do r. Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
*w przypadku braku nr PESEL należy podać cechy dowodu osobistego	
<p>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (Adres)</p> <p>Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Poczta</p> <p>Miejscowość</p> <p>Ulica</p> <p>Nr domu Nr m.</p> <p>Powiat</p> <p>Województwo</p> <p><input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców</p> <p><input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś</p>	<p>ADRES ZAMELDOWANIA</p> <p><i>wpisać jeżeli jest inny niż adres zamieszkania</i></p> <p>Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Poczta.....</p> <p>Miejscowość</p> <p>Ulica</p> <p>Nr domuNr m.</p> <p>Powiat</p> <p>Województwo</p> <p>Adres do korespondencji (jeżeli jest inny od adresu zamieszkania):</p> <p>.....</p>
Kontakt telefoniczny: nr tel. /nr tel. Komórkowego	
e-mail (o ile dotyczy):	
W sytuacji osób z dysfunkcją narządu słuchu rodzaj kontaktu przez sms: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu	<input type="checkbox"/> firma handlowa <input type="checkbox"/> media <input type="checkbox"/> Realizator <input type="checkbox"/> PFRON <input type="checkbox"/> inne, jakie
Oświadczam, że prowadzę: <input type="checkbox"/> samodzielne gospodarstwo domowe <input type="checkbox"/> wspólne gospodarstwo domowe	
Przeciętny miesięczny dochód przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi.....	
..... złotych (słownie:	

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: okresowo do bezterminowo**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY**

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 05-R narząd ruchu | <input type="checkbox"/> 06-E epilepsja | <input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne |
| <input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu | <input type="checkbox"/> 04-O 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

zawód wykonywany:

miejsce pracy (wraz z adresem i nr telefonu): działalność rolnicza inna forma zatrudnienia, jaka nie zatrudniona(y) od dnia staż zawodowy: od dnia: do dnia: zarejestrowana(y) w PUP od dnia r. jako:
 bezrobotna(y) poszukująca(y) pracy i nie pozostająca(y) w zatrudnieniu działalność gospodarcza na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: miejsce prowadzenia działalności: NIP:**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)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona (w zł)
Razem:			

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 (trzeciego stopnia)	<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: stacjonarnym niestacjonarnym nie dotyczy

Wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny: tak nie

Wnioskodawca pobiera naukę na dwóch (i więcej) kierunkach studiów/nauki: tak nie

Wnioskodawca powtarza/ł semestr/półroczecze/rok szkolny lub akademicki w ramach danej formy kształcenia:

nie tak – należy podać ile razy: oraz przyczynę:

Pełna nazwa szkoły/Uczelni:			
.....			
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	
Czy wnioskodawca zmieniając kierunek lub szkołę/uczelnę w trakcie pobierania nauki (nie ukończywszy jej), ponownie pobiera naukę na poziomie (semestr/półrocze) objętym uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON w ramach programu:			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca pobiera naukę poza miejscem zamieszkania:			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z tytułu pomocy tłumacza języka migowego:			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z tytułu pomocy asystenta osoby niepełnosprawnej:			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawcy, na podstawie decyzji uczelni, umożliwiono:			
<input type="checkbox"/> wydłużenie okresu trwania studiów/nauki (spowolnienie toku studiów/nauki)			
<input type="checkbox"/> skrócenie okresu trwania studiów(studia w przyspieszonym trybie) <input type="checkbox"/> nie dotyczy			

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

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

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

*Proszę wpisać kwotę czesnego, jaką wnioskodawca poniesie nie dotyczy

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 półroczu:

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)
<input type="checkbox"/> Opłata za naukę (czesne): **				
<input type="checkbox"/> Opłata za naukę (czesne): **				
Dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dofinansowanie do 4.000 zł)				
<input type="checkbox"/> Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia: (dofinansowanie: do 1.000 zł w przypadku znacznego stopnia niepełnosprawności; do 800 zł w przypadku umiarkowanego stopnia niepełnosprawności)				
<u>Zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia w przypadku:</u>				
<input type="checkbox"/> ponoszenia kosztów z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania (dofinansowanie do 500 zł)				
<input type="checkbox"/> ponoszenia dodatkowych kosztów z tytułu korzystania z pomocy asystenta osoby niepełnosprawnej (dofinansowanie do 700 zł)				
<input type="checkbox"/> posiadania aktualnej (ważnej) Karty Dużej Rodziny (dofinansowanie do 300 zł)				
<input type="checkbox"/> pobierania nauki jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki (dofinansowanie do 300 zł)				
<input type="checkbox"/> studiowania w przyspieszonym trybie (dofinansowanie do 200 zł)				
<input type="checkbox"/> gdy wnioskodawcą jest osoba poszkodowana w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (dofinansowanie do 300 zł)				
<input type="checkbox"/> korzystania z usług tłumacza języka migowego (dofinansowanie do 300 zł)				
RAZEM:				

** należy wpisać kierunek studiów/nauki

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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
- 8) przyjmuję do wiadomości, iż wszelkie informacje o zmianach dotyczących danych zawartych
we wniosku zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do samorządu powiatowego w Krapkowicach;
- 9) posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w opłacie za naukę(czesne):
tak **nie** **nie dotyczy**

Wnioskodawca niemogący pisać zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko umieszczając oraz złoży swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba przez niego upoważniona, 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.

....., dnia r.
miejscowość *data* *podpis Wnioskodawcy*

7. Załączniki wymagane do wniosku

Lp.	Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU		
		Dołączone do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia
1.	Kserokopie/skany 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 (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku do wniosku) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego.</p> <p>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.</p> <p>Uwaga! Wzór określony w załączniku 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.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Klauzula Informacyjna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Oświadczenie o miejscu zamieszkania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku do wniosku), 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.	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"/>	
8.	Kserokopia aktualnej (ważnej) Karty Dużej Rodziny (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Kserokopia decyzji uczelni dot. spowolnienia toku studiów lub studiach w przyspieszonym trybie (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Kserokopia dokumentu potwierdzającego status osoby poszkodowanej (w 2018 lub 2019 roku) w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	