



PROGRAM FINANSOWANY ZE ŚRODKÓW
PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Wniosek złożono
w dniu.....

Nr sprawy:

Wypełnia Realizator

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)

1. Informacje o Wnioskodawcy

DANE PERSONALNE

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

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (Adres) -pobyt stały

Kod pocztowy -
Pocztą
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 -
Pocztą.....
Miejscowość
Ulica
Nr domuNr m.
Powiat
Województwo

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

Kontakt telefoniczny: nr kier.....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: okresowo do bezterminowo**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY**

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> narząd ruchu | <input type="checkbox"/> narząd słuchu | <input type="checkbox"/> epilepsja |
| <input type="checkbox"/> narząd wzroku | <input type="checkbox"/> ogólny stan zdrowia | <input type="checkbox"/> inne przyczyny, jakie |
| <input type="checkbox"/> osoba niewidoma | | |
| <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma | | |

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

- zatrudniony 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 zatrudniony staż zawodowy: od dnia: do dnia: zarejestrowany 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
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 (<i>w ciągu ostatnich 3 lat</i>) ze środków PFRON (<i>w tym poprzez jednostki samorządu powiatowego – PCPR lub MOPR</i>): tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Uwaga! – Informacja w <u>części A</u> 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	Kwota przyznana (w zł)	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona (w zł)
				Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:	

B.	Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> 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

Kiedy Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie:.....

Liczba semestrów nauki, do których Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie:

Nazwa Oddziału PFRON, za pośrednictwem którego Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie:

Forma i kierunek kształcenia, która była dofinansowana:

Nazwa Uczelni/szkoły:

2. „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 i kierunek kształcenia, która była dofinansowana:

Nazwa Uczelni/szkoły:

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

Kiedy Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie:.....

Liczba semestrów nauki, do których Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie:

Nazwa Oddziału PFRON (Realizatora), za pośrednictwem, którego Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie:

Forma i kierunek kształcenia, która była dofinansowana:

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 (<i>dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich</i>)	
Okres trwania nauki w szkole.....(<i>ile semestrów</i>)		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 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:			
.....			
Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy
Powiat	Województwo	Nr telefonu	adres http://www
Wydział.....			
Kierunek nauki.....			
		Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Rok nauki	Semestr nauki		
Czy wnioskodawca z powodu niezadawalających wyników w nauce powtarza semestr/półrocze uprzednio objęte dofinansowaniem ze środków PFRON:			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy wnioskodawca zmienia 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 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 (np. po zakończeniu studiów I stopnia, ponownie rozpoczyna studia I stopnia):			<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 **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 nie

Jeżeli tak – w tabeli poniżej koszty nauki należy **podać w rozbiu** 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 nie

Jeżeli „tak” - należy wskazać, przy danej pozycji kosztu, w jakiej części koszt ten zostanie dofinansowany z innych źródeł **(należy podać kwotę i źródło dofinansowania)**

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

Koszty nauki w rozbiu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł	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)				
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 uzupełnienia 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 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.

....., dniar.
miejsowość data

.....
podpis Wnioskodawcy

Pouczenie:

We wniosku należy wypełnić wszystkie 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.

7. 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>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 <i>załączniku</i> 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.	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>) – <i>wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia dowodu osobistego osoby niepełnosprawnej (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Kserokopia aktualnej (ważnej) Karty Dużej Rodziny (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.				