

Nr sprawy:

###### Data wpływu:

*Wypełnia Realizator programu*

WNIOSEK „M-II”

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym – Część A

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.

1. Informacje o Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY** | |
| Imię.....................................................Nazwisko....................................................... Data urodzenia ..................................r.  Dowód osobisty seria ........................ numer ............................... wydany w dniu...............................................................r.  przez.......................................................................................................... ważny do dnia .....................................................r.  PESEL Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty  Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna)   wspólne | |
| **MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)** - pobyt stały  Kod pocztowy - .....................................................  (poczta)  Miejscowość ......................................................................................  Ulica ..................................................................................................  Nr domu .................. nr lok. ...............  miasto do 5 tys. miesz. miasto powyżej 5 tys. miesz. wieś | **ADRES ZAMELDOWANIA**  (**należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania**) |
| Adres korespondencyjny (**jeśli jest inny od adresu zamieszkania**): | Numer telefonu: ................................................................. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | | | | | | | |
| całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji  całkowita niezdolność do pracy  częściowa niezdolność do pracy | | | | znaczny stopień  umiarkowany stopień  lekki stopień | | I grupa inwalidzka  II grupa inwalidzka  III grupa inwalidzka | |
| Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: ....................................................... bezterminowo | | | | | | | |
| **RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | | | | | | | |
| **05-R –** dysfunkcjanarząd ruchu  wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego | | | **04-O** – dysfunkcja narządu wzroku  osoba niewidoma  osoba głuchoniewidoma | | | | |
| **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol* ): | | | | | | | |
| **01-U** upośledzenie  umysłowe | **03-L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu  **-** osoba głuchoniema | **07-S** choroby układu oddechowego  i krążenia | | | **09-M** choroby układu moczowo - płciowego | | **11-I** inne |
| **02-P**  choroby psychiczne | **06-E** epilepsja | **08-T** choroby układu pokarmowego | | | **10-N**  choroby neurologiczne | | **12-C** całościowe zaburzenia rozwojowe |
| Niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności):  nietak:2 przyczyny3 przyczyny niepełnosprawności | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA** | |
| nieaktywna/y zawodowo  bezrobotna/y (zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy)  poszukująca/y pracy  działalność gospodarcza  działalność rolnicza  nie dotyczy | |
| 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: …………………………. ………......................................................................... |

**2. 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:** | | | | | | | |
| jednolite studia magisterskie  studia podyplomowe  nauka w kolegium nauczycielskim  nauka na uczelni zagranicznej | | studia pierwszego stopnia  studia doktoranckie  nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych  staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej | | | studia drugiego stopnia  nauka w kolegium pracowników służb społecznych  nauka w szkole policealnej  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: stacjonarnym niestacjonarnym nie dotyczy | | | | | | | |
| **Pełna nazwa szkoły:** ................................................................................................................................................................................................  Adres: …………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | | |
| **Wydział** | **Kierunek nauki** | | | **Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:** | | **Rok nauki** | **Semestr nauki** |
|  |  | | | tak nie | |  |  |

**3. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze/semestr)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki** | **Koszt (w zł)** | **Dofinansowanie do nauki (stypendium)** **z innych niż PFRON źródeł\*** | **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 |  |  |  |
| DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA |  |  |  |
| **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*

**4. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym poprzez PCPR lub MOPR? | | | | tak nie |
| Cel  (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc) | Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON**)** | Numer i data zawarcia umowy | Termin rozliczenia | Wysokość dofinansowania |
| ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ | ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ........................................... | ................................................................................................................................................................................................................................................ | .................................................................................................................................................................................................................................................................................... | ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |
| **Razem uzyskane dofinansowanie**: | | | |  |

|  |
| --- |
| Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie  Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak nie  Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: ............................................................ Uwaga! za „*wymagalne zobowiązanie*” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął. |

**5. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
| 1. Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty w związku z pobieraniem nauki poza miejscem zamieszkania:  tak: nie:  Jeśli tak, to jakie to koszty, w jakiej wysokości?  opłata za wynajem mieszkania/pokoju: opłata za dojazdy: |
| 2. Czy Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z powodu barier w poruszaniu się:  tak: nie:  Jeśli tak, to jakie to koszty, w jakiej wysokości? |
| 3. Czy Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z powodu barier w komunikowaniu się ( np. tłumacz języka migowego, asystent):  tak: nie:  Jeśli tak, to jakie to koszty, w jakiej wysokości?  4. Wnioskodawca posiada ważną Kartę Dużej Rodziny:  tak: nie:  5. Ilość dotychczas powtarzanych semestrów/półroczy …. .w ramach obecnie realizowanej formy kształcenia:  Czy Wnioskodawca powtarza obecny semestr/półrocze, rok szkolny lub akademicki:  tak: nie:    Który raz powtarzany jest obecny semestr…., ile razy Wnioskodawca trzymał dofinansowanie do tego semestru…….  Przyczyny powtarzania semestru/półrocza:  stan zdrowia(potwierdzona zaświadczeniem lekarskim) inna jaka?  Czy obecny semestr nauki jest kontynuacja poprzednio dofinansowanej formy kształcenia:    tak: nie:    Jeśli nie, to z jakich względów nastąpiła zmiana kierunku dotychczasowej formy kształcenia………………………… |
| **DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY\*** **na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku**  numer rachunku bankowego ….................................................................................................................  nazwa banku ..........................................................................................................................................................................................  (*dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)*  \* *lub należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby* |

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się i będę ubiegał(a) się w danym roku wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatowego w Tomaszowie Lubelskim **□ tak - □ nie**,
2. 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,
3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.pcpr-tomaszow.pl](http://www.pcpr-tomaszow.pl),
4. 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, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie: **□ tak - □ nie**,
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez wnioskodawcę faktury VAT.

*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. ...........................................        **podpis wnioskodawcy** |

**6. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU** | | |
|  | Nazwa załącznika | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
|  | Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) |  |  |  |
|  | Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)* |  |  |  |
|  | Oświadczenia wnioskodawcy o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku) -* wypełnione przez wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do realizatora programu |  |  |  |
|  | Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki *(sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do 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.* |  |  |  |
|  | 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 |  |  |  |
|  | 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*). |  |  |  |
|  | Kserokopia Karty Dużej Rodziny *(o ile dotyczy)* |  |  |  |
|  | Oświadczenie o poniesieniu innych niż czesne, kosztach kształcenia |  |  |  |
|  | Inne załączniki (należy wymienić): |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE - WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU** | | | | |
| Lp. | Warunki weryfikacji formalnej: | | Warunki weryfikacji formalnej spełnione (*zaznaczyć właściwe*): | **UWAGI** |
| 1 | Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania | | - tak - nie |  |
| 2 | Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku | | - tak - nie |  |
| 3 | Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie | | - tak - nie |  |
| 4 | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy) | | - tak - nie |  |
| 5 | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki) | | - tak - nie |  |
| 6 | Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy | | - tak - nie |  |
| **Weryfikacja formalna wniosku:**  **pozytywna negatywna** | | | | |
| Data weryfikacji formalnej wniosku: | | | …………………………….……..….. r. | |
| **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. | | | | |
| *Data, pieczątka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku:* | | *Data, pieczątka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu* | | |
|  | |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON** **pozytywna**: **negatywna**: | | |
| **PRZYZNANA 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**: | | |
| **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. | | |
| *Data, pieczątka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy)* | *Data, pieczątka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu* | |
|  |  | |