Nr sprawy:

###### Data wpływu:



*Program finansowany ze środków PFRON*

*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, w zakresie:  obu kończyn dolnych jednej kończyny dolnej  obu kończyn górnych jednej kończony górnej  innym  wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego  wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego  wnioskodawca porusza się niesamodzielnie 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** | | |
| niezatrudniona/y zawodowo: od dnia…………. bezrobotna/y poszukująca/y pracy renta  emerytura nie dotyczy | | |
| zatrudniona/y: od dnia………… do dnia………………………….  na czas nieokreślony inny, jaki……… | | Nazwa pracodawcy:……………………………….  Adres miejsca pracy:…………………………….........................  Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia…………………………………….. |
| stosunek pracy na podstawie umowy o pracę  stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę  umowa cywilnoprawna  staż zawodowy | |
| 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………………………………………… | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE** | | |
| podstawowe | gimnazjalne | zawodowe |
| średnie ogólne | średnie zawodowe | policealne |
| wyższe | inne, jakie | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR? | | | | 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/kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy(w zł) |
| ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ | ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ........................................... | ................................................................................................................................................................................................................................................ | .................................................................................................................................................................................................................................................................................... | ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |
| **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. |

**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:** | | | | | | | |
| 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 i NIP szkoły: ……………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | |
| **Wydział** | **Kierunek nauki** | | | **Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:** | | **Rok nauki** | **Semestr nauki** |
|  |  | | | tak nie | |  |  |
| Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych(lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego) | | | | | | | tak nie |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki** | **Kwota (w zł)** | **Dofinansowanie do nauki (stypendium)** **z innych niż PFRON źródeł\*** | **Udział własny Wnioskodawcy** | **Kwota wnioskowana (w zł)** |
| Opłata za naukę (czesne): .....................................\*\* |  |  | ……..% w przypadku zatrudnionego Wnioskodawcy……………….. |  |
| Opłata za naukę (czesne) na drugim (lub kolejnym) kierunku studiów/nauki: ......................................\*\* |  |  | …….% w przypadku zatrudnionego Wnioskodawcy  …….%w przypadku niezatrudnionego Wnioskodawcy…………. |  |
| Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego -  w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich |  |  |  |  |
| DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA |  |  |  |  |
| 1. Dodatek z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania |  |  |  |  |
| 2. Dodatek z posiadania aktualnej karty Dużej Rodziny |  |  |  |  |
| 3. Dodatek z tytułu pobierania nauki jednocześnie na dwóch (lub więcej)kierunkach studiów/nauki |  |  |  |  |
| 4. Dodatek w związku z kryteriami określonymi przez Realizatora |  |  |  |  |
| 5. Dodatek w przypadku, gdy wnioskodawcą jest osoba poszkodowana w 2017 roku lub w 2018 roku w wyniku działań żywiołu lub innych zdarzeń losowych |  |  |  |  |
| **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*

Uzasadnienie zwiększenia dofinansowania……………………………………………………………………………….................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**5. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
| 1.Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia będzie przeznaczony na następujące cele (cel-koszt):  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Ile razy w tygodniu (studia dzienne) bądź w miesiącu (studia zaoczne) odbywają się zajęcia?.............................................. |
| 2. Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia na drugim kierunku będzie przeznaczony na następujące cele (cel-koszt):  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………  Ile razy w tygodniu (studia dzienne) bądź w miesiącu (studia zaoczne) odbywają się zajęcia?.............................................. |
| 3. Czy Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty związane z pobieraniem nauki poza miejscem zamieszkania?  tak nie, Jeśli tak, to jakie koszty, i w jakiej wysokości?...........................................................................................................................................  Ile razy w miesiącu odbywają się zjazdy?......Ile dni trwa jeden zjazd?.........................Jaki jest koszt noclegu?........... |
| **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* | |
|  |  | |