

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 egzystencjicałkowita niezdolność do pracyczęściowa niezdolność do pracy | znaczny stopień    umiarkowany stopień lekki stopień     | I grupa inwalidzkaII grupa inwalidzkaIII 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 cywilnoprawnastaż 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*  |
|  |  |