

Wniosek złożono w Starostwie Powiatowym  
w Pile w dniu .....

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

## WNIOSEK o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – Moduł II - pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym (wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu)

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 Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

#### DANE PERSONALNE

Imię.....Nazwisko.....data urodzenia .....r.

Dowód osobisty seria.....numer..... wydany w dniu.....r. ważny do dnia .....r.

przez..... Płeć:  kobieta  mężczyzna

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. .... Powiat .....

Województwo .....

miasto powyżej 5 tys. mieszkańców  inne miasto

wieś

#### ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy   -    .....  
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lok. ....

Powiat .....

Województwo .....

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

Kontakt telefoniczny: nr telefonu.....

nr tel. komórkowego:.....

e-mail:.....

Źródło informacji o możliwości  
uzyskania dofinansowania w ramach  
programu

firma handlowa  media  Realizator programu  PFRON  inne, jakie:

<b>STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b> (zaznaczyć jedną odpowiedź)		
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność 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 dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: ..... <input type="checkbox"/> bezterminowo		
<b>RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>		
<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD RUCHU 05-R</b> , w zakresie: <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej <input type="checkbox"/> innym		
Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/> Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/> Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b> <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma		
<input type="checkbox"/> <b>INNE PRZYCZYNY</b> niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):		
<input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - <b>OSOBA GŁUCHA</b>	<input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia
<input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego
		<input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo – płciowego
		<input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne
		<input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne
		<input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe
<b>AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA</b> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y, zarejestrowany w PUP jako: bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> okres rejestracji w miesiącach.....		
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: ..... <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....		Nazwa pracodawcy: ..... Adres miejsca pracy: ..... ..... Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna <input type="checkbox"/> staż zawodowy		
<input type="checkbox"/> <b>działalność gospodarcza</b> Nr NIP: .....		<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej (dokument do wglądu) <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....
<input type="checkbox"/> <b>działalność rolnicza</b>		Miejsce prowadzenia działalności: ..... .....





## 5. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł II

Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie **w ramach kilku**, poniżej wymienionych, form kształcenia lub pobiera naukę **na kilku** kierunkach danej formy kształcenia:  TAK  NIE  
*Jeśli „TAK”, str. nr 5 należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły (kierunku nauki) oddzielnie.*

<b>Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:</b>				
<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 pracowników służb społecznych		
<input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim	<input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej		
<input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej	<input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego ( <i>dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich</i> )			
<b>Okres trwania nauki w szkole.....(ile semestrów)</b>		<b>Data rozpoczęcia nauki/studiów .....</b>		
<b>Nauka odbywa się w systemie:</b> <input type="checkbox"/> stacjonarnym <input type="checkbox"/> niestacjonarnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy				
<b>Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu:</b> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				
<b>Pełna nazwa szkoły:</b> .....				
Miejscowość:	Ulica:	Nr posesji:	Kod pocztowy:	
Powiat:	Województwo:	Nr telefonu:		
<b>Wydział</b>	<b>Kierunek nauki</b>	<b>Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:</b>	<b>Rok nauki</b>	<b>Semestr nauki</b>
		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Wnioskowany semestr nauki powtarzam, jeśli tak, proszę podać powód:.....				<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego)				<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
1.Wnioskodawca pobiera naukę poza miejsce zamieszkania:				<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2.Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z powodu barier w komunikowaniu się i/lub z powodu barier w poruszaniu się (z tytułu pomocy tłumacza migowego i/lub z tytułu pomocy asystenta osoby niepełnosprawnej): Jeżeli tak, proszę wpisać uzasadnienie:.....				<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3.Wnioskodawca posiada Kartę Dużej Rodziny: Jeżeli tak, proszę dołączyć kserokopię Karty do wniosku ( <b>oryginał do wglądu</b> )				<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
4. Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu/zdarzeń losowych w roku....., (potwierdzenie dołączyć)				<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

## 6. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze)

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł*	Kwota wnioskowana (w zł)
Oplata za naukę (czesne): .....**			
Oplata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich			
Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia (do 1000 zł)			
Zwiększenie dodatku z tytułu pobierania nauki <b>poza miejscem zamieszkania (do 500 zł)</b>			
Zwiększenie dodatku z tytułu posiadania <b>Karty Dużej Rodziny (do 300 zł)</b>			
Zwiększenie dodatku z powodu <b>ponoszenia dodatkowych kosztów na bariery w komunikowaniu się i/lub na bariery w poruszaniu się (do 700 zł)</b>			
Zwiększenie dodatku z tytułu <b>pobierania nauki jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki (do 300 zł)</b>			
Zwiększenie dodatku z tytułu <b>działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (do 300 zł)</b>			
<b>Razem</b>			

\* 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

## 7. Informacje uzupełniające:

7.1. Powtarzałam/tem semestr/półrocze/rok nauki, który został dofinansowany ze środków PFRON ( w poprzednich latach) na podstawie innego wniosku o dofinansowanie w ramach programu „STUDENT” i/lub „STUDENT II” i/lub „Aktywny Samorząd” Moduł II

nie dotyczy

tak

Jeśli tak, proszę uzupełnić:

- pierwszy kierunek (należy wskazać nazwę kierunku).....

Nazwa Uczelni/szkoły.....

Wydział.....

Powtarzany rok nauki:  1  2  3  4  5  6.

Powtarzany semestr/półrocze nauki:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12

Powód powtarzania semestru/półrocza/roku nauki ( np. urlop dziekański, urlop zdrowotny, niezadowolające wyniki w nauce):.....

- drugi kierunek (należy wskazać nazwę kierunku).....

Nazwa Uczelni/szkoły.....

Wydział.....

Powtarzany rok nauki:  1  2  3  4  5  6

Powtarzany semestr/półrocze nauki:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12

Powód powtarzania semestru/półrocza/roku nauki ( np. urlop dziekański, urlop zdrowotny, niezadowolające wyniki w nauce):.....

- trzeci kierunek (należy wskazać nazwę kierunku).....

Nazwa Uczelni/szkoły.....

Wydział.....

Powtarzany rok nauki:  1  2  3  4  5  6

Powtarzany semestr/półrocze nauki:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12

Powód powtarzania semestru/półrocza/roku nauki ( np. urlop dziekański, urlop zdrowotny, niezadowolające wyniki w nauce):.....

7.2. Przerwałam/em naukę (dotyczy sytuacji, gdy przerwano naukę i nie kontynuowano jej po przerwie – zaniechanie nauki przed ukończeniem edukacji w ramach danej formy kształcenia na określonym kierunku), która została objęta pomocą finansową ze środków PFRON :

nie dotyczy

tak

Jeśli tak, proszę uzupełnić:

- kierunek:.....

Wydział:.....

Forma kształcenia.....

Rok nauki w trakcie którego/ po którym nastąpiło jej przerwanie: :  1  2  3  4  5  6

Semestr/półrocze nauki w trakcie którego/po którym nastąpiło jej przerwanie:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12

Powód przerwania nauki (np. pogorszenie stanu zdrowia, likwidacja kierunku, niezadowolające wyniki w nauce):.....

7.3 Niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.

nie  tak:  2 przyczyny  3 przyczyny niepełnosprawności

**7.4. DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY** (lub uczelni, gdy dotyczy opłat za przeprowadzenie przewodu doktorskiego przez osobę, która nie jest uczestnikiem studiów doktoranckich) na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

Właściciel rachunku: .....

numer rachunku bankowego .....

(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

nazwa banku .....

**Oświadczam, że:**

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, **ubiegam się wyłącznie** za pośrednictwem samorządu Powiatu Piłskiego  **tak** -  **nie**,
- w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  **tak** -  **nie**,
- w ramach środków PFRON uzyskałem dofinansowanie **nie więcej niż do 20 semestrów/półroczy** różnych form kształcenia na poziomie wyższym:  **tak** -  **nie**,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego (o ile dotyczy)  **tak**  **nie**  **nie dotyczy**,
- 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,
- zapoznałem/em się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłem(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl),
- 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,
- 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,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

**MODUŁ II - wysokość udziału własnego wnioskodawcy (w kosztach czesnego):**

Liczba form kształcenia jednocześnie objętych dofinansowaniem w ramach programu	Wnioskodawcy zatrudnieni (dochód powyżej 583 zł netto/ na osobę)	Wnioskodawcy niezatrudnieni lub zatrudnieni (dochód poniżej 583 zł netto/ na osobę)
Jedna forma kształcenia na poziomie wyższym (na jednym kierunku)	15%	X
Więcej niż jedna forma kształcenia na poziomie wyższym (więcej niż jeden kierunek)	65% *	50% *

\*warunek dotyczy drugiej i kolejnych form kształcenia na poziomie wyższym (drugiego i kolejnych kierunków).

..... dnia ..... / ..... /20..... r.

miejsowość

.....  
podpis Wnioskodawcy

## 8. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) – <b>oryginał do wglądu</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, od kiedy jest zatrudniony oraz czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (jeżeli tak to w jakiej wysokości), wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego. <b>Uwaga!</b> Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia <b>odrębny dokument dla każdej szkoły lub kierunku nauki</b> . Wzór określony w załączniku nr 3 do wniosku <b>nie dotyczy</b> 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Oświadczenie o miejscu zamieszkania, wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Zwolnienie z udziału wkładu własnego w kosztach czesnego (jeśli dotyczy), wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	W związku z rozporządzeniem o ochronie danych osobowych „RODO” - Obowiązek Informacyjny stanowiący załącznik do wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Kserokopia Karty Dużej Rodziny (jeśli dotyczy) – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Wpis do ewidencji działalności gospodarczej na podstawie Centralnej Ewidencji i Informacji o działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Dokumenty potwierdzające poszkodowanie w wyniku działania żywiołu/zdarzeń losowych (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Inne załączniki (należy wymienić): ..... ..... ..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	