

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 urodzeniar.

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

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 do 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 kier.nr telefonu.....

nr tel. komórkowego:.....

e-mail:.....

Źródło informacji o możliwości
uzyskania dofinansowania w ramach
programu

firma handlowa media Realizator programu PFRON inne, jakie:

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (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		
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R , 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"/> NARZĄD WZROKU 04-O <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma		
<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):		
<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia
<input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego
		<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo – płciowego
		<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne
		<input type="checkbox"/> 11- I inne
		<input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA 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"/> działalność gospodarcza 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"/> działalność rolnicza	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”, poniższą Tabelę należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły (kierunku nauki) oddzielnie.

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 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 (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)			
Okres trwania nauki w szkole.....(ile semestrów)		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				
Pełna nazwa szkoły:				
Miejscowość:	Ulica:	Nr posesji:	Kod pocztowy:	
Powiat:	Województwo:	Nr telefonu:		
Wydział	Kierunek nauki	Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	Rok nauki	Semestr nauki
		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Wnioskowany semestr nauki powtarzam, powód powtarzania nauki (np. urlop dziekański, urlop zdrowotny, niezadowolające wyniki w nauce).....				<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 (oryginał do wglądu)				<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 poza miejscem zamieszkania (do 500 zł)			
Zwiększenie dodatku z tytułu posiadania Karty Dużej Rodziny (do 300 zł)			
Zwiększenie dodatku z powodu ponoszenia dodatkowych kosztów na bariery w komunikowaniu się i/lub na bariery w poruszaniu się (do 700 zł)			
Zwiększenie dodatku z tytułu pobierania nauki jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki (do 300 zł)			
Zwiększenie dodatku z tytułu działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (do 300 zł)			
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

7. Informacje uzupełniające:

7.1. Powtarzałam/tem semestr/półrocze/rok nauki, który został dofinansowany ze środków PFRON (w poprzednich latach) na podstawie innego wniosku 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.

tak nie: 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,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: 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, 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.

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) – oryginał do wglądu	<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.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<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. 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 . Wzór określony w załączniku nr 4 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	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).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia Karty Dużej Rodziny (o ile dotyczy) – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Zwolnienie z udziału wkładu własnego w kosztach czesnego (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Oświadczenie o miejscu zamieszkania	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	