

Wpłynęło

Nr sprawy:

program finansowany ze środków  
PFRON

Wypełnia Realizator programu

**WNIOSEK** - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu  
**o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu  
„Aktywny samorząd”**

**pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym – MODUŁ II**

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.

PESEL

**Dokument potwierdzający tożsamość ( w przypadku braku PESEL)**

Rodzaj dokumentu tożsamości : .....seria ..... numer .....  
wydany w dniu.....r. przez.....ważny do:.....

Płeć:  kobieta  mężczyzna      Stan cywilny:  wolna/y  zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA**

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 lokalu .....

Powiat .....

Województwo .....

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)  
.....

Kontakt telefoniczny: nr kier. ....nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....

e'mail (o ile dotyczy): .....

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu	<input type="checkbox"/> - firma handlowa	<input type="checkbox"/> - media	<input type="checkbox"/> - <b>Realizator programu</b>	<input type="checkbox"/> - PFRON	<input type="checkbox"/> - inne, jakie:
	<input type="checkbox"/> - instytucje publiczne	<input type="checkbox"/> - prasa			

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do 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		
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
NARZĄD WZROKU 04-O	Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni	Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni
<input type="checkbox"/> osoba niewidoma		
<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma		

<input type="checkbox"/> <b>INNE PRZYCZYNY</b> niepełnosprawności wynikające z orzeczenia ( <i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i> ):				
<input type="checkbox"/> <b>01-U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> <b>03-L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - osoba głucha	<input type="checkbox"/> <b>07-S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> <b>09-M</b> choroby układu moczowo - pęcherzowego	<input type="checkbox"/> <b>11-I</b> inne
<input type="checkbox"/> <b>02-P</b> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> <b>06 -E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> <b>08 -T</b> choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> <b>10 -N</b> choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> <b>12 -C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA	
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:..... <input type="checkbox"/> bezrobotna/y zarejestrowana/y w PUP: od dnia.....	
<input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy zarejestrowana/y w PUP, nie pozostająca w zatrudnieniu : od dnia ..... <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y na czas określony: od dnia:..... do dnia: .....	Nazwa pracodawcy: ..... ..... ..... Adres miejsca pracy: ..... ..... ..... ..... Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: ..... .....
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony od dnia: .....	
<input type="checkbox"/> inny, jaki: .....	
<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, zawarta na okres nie krótszy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się)	
<input type="checkbox"/> staż zawodowy od dnia:..... do dnia:.....	

<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza NIP: .....	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: ..... <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności: .....

## 2. Informacja pełnomocnika Wnioskodawcy – o ile dotyczy

<b>DANE PERSONALNE</b>	
Imię..... Nazwisko ..... Data urodzenia .....r.	
PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>Dokument potwierdzający tożsamość ( w przypadku braku PESEL)</b> Rodzaj dokumentu tożsamości : .....seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r. przez.....ważny do:.....	
Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA</b> Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... <small>(poczta)</small> Miejscowość ..... Ulica ..... Nr domu ..... nr lok. .... Powiat ..... Województwo ..... <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś	<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b> (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania) Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... <small>(poczta)</small> Miejscowość ..... Ulica ..... Nr domu ..... nr lokalu ..... Powiat ..... Województwo .....
Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania) .....	
Kontakt telefoniczny: nr kier. ....nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:..... e’mail (o ile dotyczy): .....	



#### 4. Przedmiot dofinansowania

1) Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie w **ramach kilku**, poniżej wymienionych, form kształcenia lub pobiera naukę **na kilku** kierunkach danej formy kształcenia\*:  TAK -  NIE

2) Wnioskodawca z powodu niezadowolających wyników w nauce **powtarza semestr/półrocze** uprzednio objęte dofinansowaniem ze środków PFRON  TAK -  NIE

3) Wnioskodawca zmieniając kierunek lub szkołę/uczelnię, ponownie **rozpoczyna naukę od poziomu (semestr/półrocze) objętego uprzednio dofinansowaniem** ze środków PFRON  TAK -  NIE

4) Wnioskodawca jest osobą **poszkodowaną w roku 2018 lub w 2019 w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych**, należy przez to rozumieć:

a) osobę zamieszkujejącą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawie art. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001 r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu (Dz. U. z 2018 r. poz. 1345), wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust.3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508, z późn. zm. ), a także,

b) osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież , zalanie), udokumentowane/ potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję)

TAK -  NIE

5) Wnioskodawca **kształci się spowolnionym tokiem studiów** - należy przez to rozumieć indywidualną organizację studiów/nauki lub indywidualny tok studiów/nauki, przyjęty na podstawie decyzji uczelni/szkoły, umożliwiający wydłużenie okresu trwania studiów/nauki (np. jeden semestr w ciągu roku akademickiego/szkolnego). O ile decyzja o spowolnieniu toku studiów/nauki nie jest decyzją o powtarzaniu roku, wnioskodawca może korzystać z pomocy w module II na zasadach ogólnych;

TAK -  NIE

6) Wnioskodawca **kształci się w przyspieszonym trybie** - należy przez to rozumieć indywidualną organizację studiów lub indywidualny tok studiów, przyjęty na podstawie decyzji uczelni, umożliwiający skrócenie okresu trwania studiów, przy czym program studiów w przyspieszonym trybie (np. trzy semestry w ciągu roku akademickiego ) musi być zgodny z obowiązującymi standardami kształcenia dla danego kierunku studiów i zgodny z obowiązującym planem ogólnym studiów.

TAK -  NIE

7) Wnioskodawca ponownie ubiega się o wsparcie wcześniej dofinansowanego semestru/półrocza/roku szkolnego lub akademickiego, przy czym spowolnienie toku studiów/nauki nie jest traktowane jako powtarzanie semestru

TAK -  NIE

Jeśli tak, proszę o podanie semestru/półrocza/roku szkolnego lub akademickiego .....

8) Wnioskodawca zmieniając kierunek lub szkołę/uczelnię w trakcie pobierania nauki, ponownie pobiera naukę na poziomie objętym uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON w ramach programu

TAK -  NIE

9) Wnioskodawca powtarza semestr/półrocze/rok szkolny lub akademicki z przyczyn od niego niezależnych (np. stan zdrowia, likwidacja / zamknięcie kierunku)

TAK -  NIE

\* w takim przypadku należy dodatkowo skopiować oraz uzupełnić strony nr 4, 5 oraz 6

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"/> nauka w wyższym seminarium duchownym	<input type="checkbox"/> przeprowadzanie 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				
Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				
Pełna nazwa szkoły:..... .....				
Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy	
Powiat	Województwo	Nr telefonu	Adres http://www	
Wydział	Kierunek nauki	Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	Rok nauki	Semestr nauki
		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
W ramach ilu semestrów/półroczy różnych form kształcenia na poziomie wyższym Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON łącznie? (wsparcie udzielone również w ramach programów: STUDENT – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych i STUDENT II - kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych.			Liczba semestrów /półroczy .....	

## 5. Wnioskowana kwota dofinansowania ( na półrocze)

Kierunki nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt w zł	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł*	Kwota wnioskowana (w zł)
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			
Zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia w sytuacji gdy wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z powodu barier w poruszaniu się w szczególności z tytułu pomocy asystenta osoby niepełnosprawnej			

Zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania			
Zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia w przypadku posiadania aktualnej, ważnej Karty Dużej Rodziny			
Zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia w przypadku, gdy Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki lub studiuje w przyspieszonym trybie			
Zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna studiuje w przyspieszonym trybie			
Zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia w przypadku, gdy wnioskodawcą jest osoba poszkodowana w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych			
Zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia w przypadku, gdy wnioskodawca korzysta z usług tłumacza migowego			
<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

**Uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z powodu barier w poruszaniu się lub z powodu barier w komunikowaniu się – w szczególności z tytułu pomocy tłumacza migowego i asystenta**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**6. Informacje uzupełniające**

**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** .....

.....

**Numer rachunku bankowego**.....  
(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

**Nazwa banku**.....

\* lub należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy Wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania rachunku innej osoby

## **Oświadczam, że:**

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem powiatu polkowickiego i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany za środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)  **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 następującymi dokumentami, które dostępne są na [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz na [www.p CPR . polkowice . pl](http://www.p CPR . polkowice . pl), tj.: „Pilotażowy program Aktywny samorząd”, „Kierunki działań oraz warunki brzegowe (...)”, „Zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków (...)”,
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. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakresie kosztów czesnego (**15% wartości czesnego** w przypadku zatrudnionych beneficjentów programu, którzy korzystają z pomocy w ramach jednej formy kształcenia na poziomie wyższym),
7. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakresie kosztów czesnego (**65% wartości czesnego** w przypadku zatrudnionych beneficjentów programu, którzy jednocześnie korzystają z pomocy w ramach więcej, niż jedna forma kształcenia na poziomie wyższym - dotyczy drugiej i kolejnych form kształcenia na poziomie wyższym)
8. środki finansowe stanowiące udział własny nie pochodzą ze środków PFRON,  
 **tak** -  **nie** -  **nie dotyczy**,
9. w ciągu ostatnich 3 lat byłam(em) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  **tak** -  **nie**,
10. przyjmuję do wiadomości, iż z uczestnictwa w programie wyłączeni są wnioskodawcy, którzy: posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub wobec PCPR; mają przerwę w nauce oraz po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018r. poz. 511 z późn. zm.), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON, naruszyli warunki umowy (miedzy innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i nie doprowadzili do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku,
11. 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 ..... /..... /20..... r.

.....  
**Czytelny podpis Wnioskodawcy**



**7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 16-17)**

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, wyliczonego za kwartał poprzedzający kwartał złożenia wniosku (załącznik nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Klauzula informacyjna przetwarzania danych osobowych (załącznik nr 2 do wniosku) - wypełniona przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (załącznik 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 odrębny dokument dla każdej szkoły lub kierunku nauki. 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"/>	
4	Oświadczenie Wnioskodawcy dot. miejsca zamieszkania, jeżeli adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania ( załącznik nr 4 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Zobowiązanie o informowaniu Realizatora programu o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku (załączniku nr 5 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Oświadczenie pełnomocnika –w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik ( załącznik nr 6 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, potwierdzający zatrudnienie oraz zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (jeżeli tak to w jakiej wysokości)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	W przypadku Wnioskodawcy ponoszącego dodatkowe koszty z powodu barier w poruszaniu się z tytułu pomocy asystenta osoby niepełnosprawnej – dokumenty potwierdzające	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Kserokopia/skan pełnomocnictwa potwierdzonego notarialnie lub sądownie – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Kserokopia/skan aktualnej, ważnej Karty Dużej Rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Zaświadczenie z uczelni o spowolnionym toku studiów lub studiach w przyspieszonym trybie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	Dokumentacja potwierdzająca, że Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w roku 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	Dokumentacja potwierdzająca, że Wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	