

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.
 Dowód osobisty: seria numer wydany w dniu..... r.
 przez.....ważny do:..... Płeć: kobieta mężczyzna
 PESEL Stan cywilny: wolna/y zamężna/zonaty
 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

- firma handlowa - media - Realizator programu - PFRON - inne, jakie:
 - instytucje publiczne - 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: okresowo do dnia: bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:**

obu kończyn górnych jednej kończyny górnej

obu kończyn dolnych jednej kończyny dolnej innym

NARZĄD WZROKU 04-O

- osoba niewidoma
 osoba głuchoniewidoma

Lewe oko:
 Ostrość wzoru (w korekcji):.....
 Zwężenie pola widzenia: stopni

Prawe oko:
 Ostrość wzoru (w korekcji):.....
 Zwężenie pola widzenia: stopni

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"/> 09-M choroby układu moczowo - pęcherzowego	<input type="checkbox"/> 11-I inne
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06 -E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08 -T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10 -N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12 -C całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

niezatrudniona/y: od dnia:..... bezrobotna/y zarejestrowana/y w PUP: od dnia.....
 poszukująca/y pracy zarejestrowana/y w PUP, nie pozostająca w zatrudnieniu : od dnia nie dotyczy

zatrudniona/y na czas określony: od dnia:.....
 do dnia:

na czas nieokreślony od dnia:

inny, jaki:

- stosunek pracy na podstawie umowy o pracę
 stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę
 umowa cywilnoprawna, zawarta na okres nie krótszy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się)
 staż zawodowy od dnia:..... do dnia:.....

Nazwa pracodawcy:

Adres miejsca pracy:

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

działalność gospodarcza
 NIP:

- na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie:
- inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

działalność rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności:

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ

<input type="checkbox"/> szkoła policealna	<input type="checkbox"/> kolegium	<input type="checkbox"/> studia (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> inna, jaka:
<input type="checkbox"/> staż zawodowy w ramach programów UE		<input type="checkbox"/> nie dotyczy

2. Informacja pełnomocnika Wnioskodawcy – o ile dotyczy**DANE PERSONALNE**

Imię..... Nazwisko Data urodzeniar.

Dowód osobisty: seria numer wydany w dniu.....r.

przez.....ważny do: Płeć: kobieta mężczyznaPESEL **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):

3. 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					tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
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	Kwota przyznana (w zł)	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 (PCPR w Polkowicach):

tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć :

a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,

b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania:

– wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna – w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,

– wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,

– wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności;

4. Przedmiot 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:

<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"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej	<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: stacjonarnym niestacjonarnym nie dotyczyWnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: tak nieWnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: tak 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 naukę (czesne)**			
Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego- w przypadku osób, które mają wszczył 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 lub z powodu barier w komunikowaniu się – w szczególności z tytułu pomocy tłumacza migowego i asystenta			
Zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania			
Zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia w przypadku posiadania Karty Dużej Rodziny			
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 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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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 oraz na www.pcpr.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 2011r. Nr 127, poz. 721, 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, 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.

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 17-19)

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, wyliczonego za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (załącznik nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r., Nr 101, poz. 926 ze zm.) przez Realizatora programu i PFRON (załącznik nr 2 do 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"/>	
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. <u>Uwaga!</u> 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 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"/>	
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 (załącznik 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, a wnioskuje o zwolnienie z obowiązku wniesienia udziału własnego, oświadczenie dot. średniomiesięcznego dochodu (załącznik nr 7 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	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"/>	

9	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni, a wnioskują o zwolnienie z obowiązku wniesienia udziału własnego – zeznanie Wnioskodawcy o wysokości osiągniętego dochodu (poniesionej straty) w roku podatkowym 2014 (PIT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	W przypadku Wnioskodawców, prowadzących działalność rolniczą, a wnioskują o zwolnienie z obowiązku wniesienia udziału własnego – zaświadczenie o powierzchni gospodarstwa rolnego oraz liczbie posiadanych ha przeliczeniowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni, a wnioskują o zwolnienie z obowiązku wniesienia udziału własnego. – dokumenty poświadczające o rozpoczęciu zatrudnienia w 2015r.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	W przypadku Wnioskodawcy ponoszącego dodatkowe koszty z powodu barier w poruszaniu się lub z powodu barier w komunikowaniu się z tytułu pomocy tłumacza migowego lub asystenta pomocy osoby niepełnosprawnej – dokumenty potwierdzające	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	Kserokopia dowodu osobistego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	Kserokopia pełnomocnictwa potwierdzonego notarialnie lub sądownie – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	Kserokopia aktualnej, ważnej Karty Dużej Rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	