

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/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

- 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 głuchoniewidomaLewe oko:  
Ostrość wzoru (w korekcji):.....  
Zwężenie pola widzenia: ..... stopniPrawe oko:  
Ostrość wzoru (w korekcji):.....  
Zwężenie pola widzenia: ..... stopni **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol*):

<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 - płciowego	<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**

niezatrudniona/y: od dnia:.....  bezrobotna/y zarejestrowana/y w PUP: od dnia.....

poszukująca/y pracy zarejestrowana/y w PUP: od dnia .....  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 cywilnoprawna

staż zawodowy

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"/> <b>nie dotyczy</b>

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

Imię..... Nazwisko ..... Data urodzenia .....r.

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)	
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>						

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		



**Oświadczam, że:**

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem powiatu polkowickiego  **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.pcpr.polkowice.pl](http://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. w ciągu ostatnich 3 lat byłam(em) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  
 **tak** -  **nie**,
7. 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,
8. 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 14-15)**

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów netto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (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. <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 (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"/>	
8	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Kserokopia dowodu osobistego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Dokumenty poświadczające o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Kserokopia pełnomocnictwa potwierdzonego notarialnie lub sądownie – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	