**POWIATOWE CENTRUM** 

Nr wniosku:

RS-4411-11-

# POMOCY RODZINIE W KRAKOWIE 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

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.

|  |
| --- |
| **DANE PERSONALNE** |
| **Imię................................................................... Nazwisko.........................................................................** PESEL Płeć**:** kobieta   mężczyzna **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 …………………………………………………………..miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś |
| Adres korespondencyjny **(jeśli jest inny niż adres zamieszkania)** | **DANE DO KONTAKTU:** 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 ……………………………………………. |

|  |
| --- |
| **STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** |
| całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | znaczny stopień     |  I grupa inwalidzka |
| całkowita niezdolność do pracy |  umiarkowany stopień |  II grupa inwalidzka |
| częściowa niezdolność do pracy |  lekki stopień     |  III grupa inwalidzka |
| Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: .............................................. bezterminowo |
| **Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem:** [***www.pfron.org.pl***](http://www.pfron.org.pl) **oraz www.pcpr.powiat.krakow.pl** |
| **RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆI** |
|  **NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie: **obu** kończyn górnych  **jednej** kończyny górnej **obu** kończyn dolnych **jednej** kończyny dolnej innym**Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:** **Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:** **Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  |
|  **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* ): |
|  **01-U** upośledzenie umysłowe |  **03-L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu **- OSOBA GŁUCHA** |  **07-S** choroby układu oddechowego i krążenia |  **09-M** choroby układu moczowo - płciowego |  **11-I** inne |
|  **02-P** choroby psychiczne |  **06-E** epilepsja |  **08-T** choroby układu pokarmowego |  **10-N** choroby neurologiczne |  **12-C** całościowe zaburzenia rozwojowe |
| **AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA** |
|  **niezatrudniona/y od:** …………………………. **zarejestrowana/y w urzędzie pracy jako:** bezrobotna/y od:……………………. poszukująca/y pracy od …………………………… 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 cywilnoprawnastaż zawodowy*/okresy zatrudnienia wnioskodawcy w ramach ww. umów mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie jest wliczany w okres zatrudnienia/* |
|  **działalność gospodarcza** (w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2018r. poz. 646, z późn. zm. )**Nr NIP:** ...................................... |  **na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr**...................................., **dokonanego w urzędzie**...................................................................... **inna, jaka i na jakiej podstawie:** ......................... |
|  **działalność rolnicza** (w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2019r. poz. 299 tekst jednolity) |
| **INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON** |
| Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał z dofinansowania ze środków PFRON w latach 2016-2019, w tym poprzez PCPR lub MOPS? | tak nie  |
| **Cel**(nazwa instytucji i miejscowość, w której uzyskano pomoc/ nazwa programu lub zadania w ramach którego przyznana została pomoc) | **Przedmiot****dofinansowania**(co zostało zakupione/dofinansowane ze środków PFRON | **Beneficjent**(imię i nazwisko osoby, która uzyskała dofinansowanie ze środków PFRON) | **Rok zawarcia umowy** | **Kwota przyznana****(w zł)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Razem uzyskane dofinansowanie:** |  |  |
|  **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:** tak nie  **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:** tak nie  **Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:** ………………………………………………..  **Przez ,,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,  |
| **ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE (na dzień złożenia wniosku)** |
| podstawowe  |  gimnazjalne |  zawodowe |
| średnie ogólne |  średnie zawodowe |  policealne |
| wyższe |  inne, jakie: |
| **INFORMACJA WNIOSKODAWCY O UDZIELONEJ POMOCY ZE ŚRODKÓW PFRON, NA POKRYCIE KOSZTÓW NAUKI:** |
| **Rodzaj programu** | **Forma kształcenia dofinansowana w ramach niżej wskazanych programów** (np. studia I stopnia, studia II stopnia, studia podyplomowe, szkoła policealna itp.) | **Liczba semestrów objętych dofinansowaniem**  |
| **STUDENT -** kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych |  |  |
| **STUDENT II** - kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych |  |  |
| **AKTYWNY SAMORZĄD – Moduł II** – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym |  |  |
| **ŁĄCZNA LICZBA SEMESTRÓW, NA KTÓRĄ WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ POMOC ZE** **ŚRODKÓW PFRON:** |  |
| **FORMA KSZTAŁCENIA, KTÓRA MA ZOSTAĆ DOFINANSOWANA NA PODSTAWIE NINIEJSZEGO WNIOSKU:** |
|  jednolite studia magisterskie |  studia pierwszego stopnia |  studia drugiego stopnia |
|  studia podyplomowe |  studia doktoranckie |  nauka w kolegium pracowników służb społecznych |
|  nauka w kolegium nauczycielskim |  nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych |  nauka w szkole policealnej |
|  nauka na uczelni zagranicznej |  staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej |  przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich) |
| **OKRES TRWANIA NAUKI W SZKOLE: …………………………… (liczba semestrów)** | **DATA ROZPOCZĘCIA NAUKI/****STUDIÓW: ……………………** |
| **NAUKA ODBYWA SIĘ W SYSTEMIE:**  stacjonarnym niestacjonarnym nie dotyczy |
| **WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ ZA POŚREDNICTWEM INTERNETU:**  tak nie |
| **WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ ODPŁATNIE:**  tak nie |
| **Pełna nazwa uczelni/szkoły:**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Miejscowość:** …………………………………….. | **Ulica:**………………………………………………….. | **Nr posesji:**…………………………………. | **Kod pocztowy:**……………………………………… |
| **Powiat:**…………………………………….. | **Województwo:**………………………………………………….. | **Nr telefonu:**…………………………………. | **NIP uczelni/szkoły:**………………………………………. |
| **Wydział:**……………………………………………………………………………………………. | **Rok nauki:** | **Semestr nauki:** |
| **Kierunek:**……………………………………………………………………………………………. |
| **Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie do wskazanego semestru nauki w ramach programów Aktywny samorząd, Student, Student II:**pierwszy razkolejny raz, (który?) ………., ponieważ:ukończyłem pomyślnie dofinansowany w ramach ww. programów kierunek i rozpoczynam naukę na nowym kierunkuz powodu zmiany kierunku lub szkoły/uczelni (nieukończenie/niezliczenie semestru)z powodu niezadawalających wyników w nauce (niezaliczenia semestru)inne, proszę wskazać jakie ………………………………………………… |
| 1. **Na podanej powyżej formie kształcenia Wnioskodawca będzie powtarzał/a semestr:**

 tak, który/e …………., ile razy …………….. nie |
| **2. Wnioskodawca pobiera naukę poza miejscem zamieszkania:** tak nie |
| 1. **Wnioskodawca posiada ważną Kartę Dużej Rodziny:**
 |  tak nie |
| 1. **Wnioskodawca pobiera naukę na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki lub studiuje w przyspieszonym trybie:**
 |  tak nie |
| 1. **Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018r. lub 2019r. w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:**
 |  tak nie |
| 1. **Wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego:**
 |  tak nie |

|  |
| --- |
| **WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA NA PÓŁROCZE/SEMESTR** |
| **Opłata za naukę (czesne) – wysokość kwoty czesnego, o którą można wnioskować:**- równowartość kosztów czesnego w przypadku, gdy wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu Wnioskodawcy nie przekracza kwoty 764 zł netto na osobę w rodzinie, - równowartość kosztów czesnego, nie więcej niż 3000 zł, w przypadku, gdy przeciętny miesięczny dochód Wnioskodawcy przekracza kwotę 764 zł netto na osobę w rodzinie,- równowartość kosztów czesnego, nie więcej niż 3000 zł, z koniecznością uiszczenia wkładu własnego minimum 15 % wartości czesnego, w przypadku Wnioskodawcy, który jest zatrudniony i przeciętny miesięczny dochód przekracza kwotę 764 zł netto na osobę w rodzinie, |
| **KOSZTY OPŁATY ZA NAUKĘ** | **KOSZT (w zł)***(100 % kosztu czesnego z wyłączeniem wpisowego opłaty rekrutacyjnej, kosztów za powtarzanie semestru lub przedmiotu)* | **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 |  |  |  |
| **KOSZTY KSZTAŁCENIA – DODATEK (wysokość dodatku dla każdego Wnioskodawcy jest uzależniona od postępów w nauce i wynosi:** - do 50 % wyliczonej dla wnioskodawcy maksymalnej kwoty dodatku – w przypadku pobierania nauki na **pierwszym roku nauki** w ramach wszystkich form edukacji na poziomie wyższym, w przypadku from kształcenia trwających **jeden rok –** do 75% wyliczonej dla wnioskodawcy maksymalnej kwoty dodatku;**-** do 75 %wyliczonej dla wnioskodawcy maksymalnej kwoty dodatku - w przypadku pobierania nauki na **kolejnym,** **drugim** rokuedukacji w ramach wszystkich form edukacji na poziomie wyższym; - do 100 % wyliczonej dla wnioskodawcy maksymalnej kwoty dodatku – w przypadku pobierania nauki w **kolejnych latach ( od trzeciego roku)** danej formy edukacji na poziomie wyższym. **- studenci studiów II stopnia i uczestnicy studiów doktoranckich mogą otrzymać dodatek w kwocie maksymalnej na każdym etapie nauki** |
| Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia (do 1000 zł) |  |  |  |
| **ZWIĘKSZENIE DODATKU:** |
|  z uwagi na ponoszenie dodatkowych kosztów kształcenia, które wynikają z posiadania znacznego stopnia niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (nie więcej niż 700 zł) |  |  |  |
|  z uwagi na ponoszenie dodatkowych kosztów kształcenia, które wynikają z posiadania umiarkowanego stopnia niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (nie więcej niż 600 zł) |  |  |  |
|  z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania (nie więcej niż 500 zł) |  |  |  |
| z tytułu posiadania ważnej Karty Dużej Rodziny (nie więcej niż 300 zł) |  |  |  |
|  w przypadku pobierania nauki na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki (nie więcej niż 300 zł) |  |  |  |
| w przypadku, gdy Wnioskodawca studiuje w przyspieszonym trybie (nie więcej niż 200 zł) |  |  |  |
|  w przypadku, gdy wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (nie więcej niż 300 zł) |  |  |  |
| w przypadku, gdy Wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego (nie więcej niż 300 zł) |  |  |  |
| **ŁĄCZNA KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA:** |  |  |  |

**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*\*\***

**Imię i nazwisko** **właściciela rachunku ……………………………………………………………………………………**

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

**\*\*** w przypadku negatywnego rozpatrzenia wniosku dane rachunku bankowego zostaną zanonimizowane.

**numer rachunku bankowego**

**nazwa banku ……………………………………………………………………………………………………………………..**

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

1. nie ubiegam się i nie będę w bieżącym roku ubiegał(a) się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
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 zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [**www.pfron.org.pl**](http://www.pfron.org.pl), a także: **www.pcpr.powiat.krakow.pl**
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 **nie byłem/(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
7. 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 wskazującej miejsce zamieszkania w Powiecie Krakowskim (lub innego dowodu księgowego) potwierdzającej wysokość poniesienia kosztów czesnego (zgodnie z umową dofinansowania). W przypadku dodatku na pokrycie kosztów kształcenia po przedłożeniu informacji o zaliczeniu przez wnioskodawcę semestru/półrocza objętego dofinansowaniem lub po złożeniu zaświadczenia ze szkoły/uczelni, że wnioskodawca uczęszczał na zajęcia objęte planem/programem studiów/nauki.
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny mogą pochodzić z różnych źródeł, jednak nie mogą pochodzić ze środków PFRON,
9. zobowiązuję się do bezzwłocznego powiadomienia (w formie pisemnej) Realizatora programu tj. PCPR w Krakowie o wszelkich zmianach dotyczących informacji zawartych w złożonym przeze mnie wniosku,
10. nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON oraz wobec Realizatora programu,
11. w ramach programów ze środków PFRON (tj. STUDENT, STUDENT II, AKTYWNY SAMORZĄD – Moduł II) **nie otrzymałem**/am pomocy do większej niż **20 (dwudziestu)** liczby semestrów/półroczy na różnych formach kształcenia na poziomie wyższym z uwzględnieniem ust. 19 pkt 2 i 7 ,,Kierunków działań (…) w 2019 r.
12. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego (dotyczy osób wskazanych w dok. pn. Kierunki działań (…) na 2019 rok do konieczności ponoszenia udziału własnego),
13. przyjmuję do widomości i stosowania, iż decyzję o wysokości pomocy w ramach niniejszego wniosku podejmuje Realizator, który ustala własne sposoby różnicowania dofinansowania,
14. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznania pomocy beneficjent programu, który z przyczyn innych niż niezależnych od niego – nie uczęszczał na zajęcia lub nie realizował przewodu doktorskiego zgodnie z przyjętym harmonogramem szkoły/studiów, zobowiązany jest do zwrotu kwoty dofinansowania kosztów nauki w tym semestrze/półroczu,
15. wyrażam zgodę na otrzymywanie wiadomości SMS oraz e-mail dotyczących realizacji niniejszego wniosku,

 **………………………………, dnia ..... /....... /2019 r. …………………………………………        podpis Wnioskodawcy**

*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.*

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU ORAZ DODATKOWE** | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PRACOWNIK PCPR – REALIZATOR PROGRAMU** |
| **Dołączono do wniosku** | **Uzupełniono** | **Data uzupełnienia** |
| **1.** | Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) – **oryginał do wglądu** |  |  |  |
| **2.** | Oświadczenie o wysokości przeciętnych miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku)* |  |  |  |
| **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 |  |  |  |
| **4.** | Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły zaświadczenie potwierdzające rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza 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 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.* |  |  |  |
| **5.** | W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawione przez pracodawcę zaświadczenie (*sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4) do formularza wniosku*, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (*jeżeli tak to w jakiej wysokości*) oraz jaka jest forma zatrudnienia i okres obowiązywania umowy. |  |  |  |
| **6.** | W przypadku studentów odbywających staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej – wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający zakwalifikowanie na staż a w przypadku studentów, którzy w dniu złożenia wniosku odbywają staż, także dokument potwierdzający odbywanie tego stażu |  |  |  |
| **7.** | Zapłacona i podpisana przez Wnioskodawcę faktura VAT dotycząca opłaty za naukę (czesne) lub inne dowody księgowe, a także potwierdzenie poniesienia kosztu w formie zaświadczenia wydanego przez uczelnię/szkołę, gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe (należy dołączyć do wniosku lub muszą zostać dostarczone po przyznaniu dofinansowania). |  |  |  |
| **8.** | Kserokopia/skan ważnej Karty Dużej Rodziny (o ile dotyczy) - **oryginał do wglądu** |  |  |  |
| **9.** | Dokument potwierdzający korzystanie z usług tłumacza języka migowego (o ile dotyczy) |  |  |  |
| **10.** | Kserokopia/skan (oryginał do wglądu) decyzji o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej lub innego dokumentu potwierdzającego zdarzenie losowe, skutkujące startami materialnymi w gospodarstwie domowym. (o ile dotyczy) |  |  |  |
| **11.** | W przypadku Wnioskodawcy, który powtarza semestr i ubiega się o kolejne dofinansowanie semestru na tej samej formie kształcenia – dokument potwierdzający, że powtarzanie semestru/półrocza roku szkolnego lub akademickiego jest spowodowane przyczynami od niego niezależnymi (np. stan zdrowia, likwidacja kierunku). |  |  |  |
| **12.** | Inne załączniki (należy wymienić): |  |  |  |

**CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:................................– WYPEŁNIA REALIZATOR**

|  |
| --- |
| **Deklaracja bezstronności****Oświadczam, że:**1. nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
2. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
3. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
4. nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:*** ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
* spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
* niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,

zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4. |
| Data, pieczątka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku | Data, pieczątki i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania) |
|  |  |
| **WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU** |
| **Lp.** | **Warunki weryfikacji formalnej:** | **Warunki weryfikacji formalnej spełnione** (zaznaczyć właściwe): | **UWAGI** |
| **1.** | Wnioskodawca/podopieczny spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania |  - tak - nie |  |
| **2.** | Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku |  - tak - nie |  |
| **3.** | Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie |  - tak - nie |  |
| **4.** | Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego) |  - tak - nie |  |
| **5.** | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów |  - tak - nie |  |
| **6.** | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki) |  - tak - nie |  |
| **7.** | Wniosek zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych), zgodność reprezentacji wnioskodawcy lub jego podopiecznego |  - tak - nie |  |
| Data weryfikacji formalnej wniosku: | **…………/…………/2019 r.** |
| **Weryfikacja formalna wniosku:** **pozytywna**  **negatywna** |
| Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: ……………………………………………………… |  - tak - nie |
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia: |  - tak - nie |

|  |
| --- |
| ***pieczątka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku******data, podpis:*** |

|  |
| --- |
| ***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu******data, podpis:*** |

|  |
| --- |
| **DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON – MODUŁ II****pozytywna** **negatywna** **Deklaracja bezstronności****Oświadczam, że:**1. nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
2. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
3. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
4. nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:*** ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
* spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
* niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,

zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4. |
| **PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł)****MODUŁ II** |
| Koszty opłaty za naukę (czesne) lub dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego – w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich: | Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia: |
| …………………………………………………………………………………………… (zł) | ……………………………………………………………………………… (zł) |
| UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ: |
| ............/…………./2019 r. ………………………………………… ………………………………………… (podpisy osób podejmujących decyzję) |

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania

|  |
| --- |
| ***pieczątki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/ podpisujących umowę******data, podpis:*** |

|  |
| --- |
| ***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu******data, podpis:*** |