**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 cywilnoprawna  staż 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 raz  kolejny raz, (który?) ………., ponieważ:  ukończyłem pomyślnie dofinansowany w ramach ww. programów kierunek i rozpoczynam naukę na nowym kierunku  z 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:*** |