



POWIATOWE CENTRUM
POMOCY RODZINIE W KRAKOWIE

Nr wniosku:

RS-4411-



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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 (wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu)

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.....

Data urodzeniar. Dowód osobisty seria numer

wydany przez

w dniu r. ważny do dnia r.

PESEL

Płeć: kobieta mężczyzna

Stan cywilny: wolna/y zamężna/zonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) – pobyt stały

Kod pocztowy -
(pocztą)

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 -
(pocztą)

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

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.pcpr.powiat.krakow.pl

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

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> 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 - pęciowego	<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

zarejestrowana/y jako: bezrobotna/y poszukująca/y pracy i nie pozostający w zatrudnieniu nie dotyczy

<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia:	Nazwa pracodawcy:
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:	

<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę	Adres miejsca pracy:
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę	
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna	
<input type="checkbox"/> staż zawodowy	

<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza (w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2017r., poz. 2168) Nr NIP:	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr, dokonanego w urzędzie..... <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:
--	---

<input type="checkbox"/> działalność rolnicza (w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2017r. poz. 2336)	Miejsce prowadzenia działalności:
---	--

INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat, w tym poprzez PCPR lub MOPS?

tak
nie

Cel (nazwa instytucji, programu i/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)	Numer i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Kwota rozliczona
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

<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	

Informacja wnioskodawcy o udzielonej pomocy ze środków PFRON, na pokrycie kosztów nauki:

RODZAJ PROGRAMU	FORMA KSZTAŁCENIA	LICZBA DOFINANSOWANYCH SEMESTRÓW
STUDENT		
STUDENT II		
AKTYWNY SAMORZĄD		
ŁĄCZNA LICZBA SEMESTRÓW, NA KTÓRĄ WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON:		

**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"/> 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: <input type="checkbox"/> stacjonarnym <input type="checkbox"/> niestacjonarnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy		
WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ ZA POŚREDNICTWEM INTERNETU: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ ODPŁATNIE: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Pełna nazwa uczelni/szkoły:		
Miejscowość:	Ulica:	Nr posesji:
Powiat:	Województwo:	Nr telefonu:
Wydział:	Rok nauki:	Semestr nauki:
Kierunek:		
1. Wnioskodawca będzie powtarzał/a semestr na podanej wyżej formie kształcenia		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2. Wnioskodawca pobiera naukę poza miejscem zamieszkania:		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3. Wnioskodawca posiada Kartę Dużej Rodziny: Jeżeli tak, proszę dołączyć kserokopię (oryginał do wglądu)		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
4. Wnioskodawca pobiera naukę na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki lub studiuje w przyspieszonym trybie:		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
5. Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2017r. lub 2018r. w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

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

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

numer rachunku bankowego-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....

nazwa banku

WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA NA PÓŁROCZE/SEMESTR

Koszty opłaty za naukę	Koszt (w zł) <i>(z wyłączeniem wpisowego opłaty rekrutacyjnej, kosztów za powtarzanie semestru lub przedmiotu)</i>	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł* <i>(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)</i>	Kwota wnioskowana (w zł)
Opłata za naukę (czesne)			
Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego – w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich			
Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia (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)			
Zwiększenie dodatku z uwagi na ponoszenie dodatkowych kosztów kształcenia, które wynikają z posiadania umiarkowanego stopnia niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (nie więcej niż 600 zł)			
Zwiększenie dodatku z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania (nie więcej niż 500 zł)			
Zwiększenie dodatku z tytułu posiadania Karty Dużej Rodziny (nie więcej niż 300 zł)			
Zwiększenie dodatku w przypadku pobierania nauki na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki (nie więcej niż 300 zł)			
Zwiększenie dodatku w przypadku, gdy wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2017 lub 2018 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (nie więcej niż 300 zł)			
RAZEM			

OŚWIADCZAM, ŻE:

- 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),
- 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,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcpr.powiat.krakow.pl
- 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,
- 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,
- w ciągu ostatnich 3 lat **nie byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- 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 (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/półroczna objętego dofinansowaniem lub po złożeniu zaświadczenia ze szkoły/uczelni, że wnioskodawca uczęszczał na zajęcia objęte planem/programem studiów/nauki.
- 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,
- nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON oraz wobec Realizatora programu,
- 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/półroczny na różnych formach kształcenia.
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego (dotyczy osób wskazanych w dok. pn. Kierunki działań (...) na 2018 rok do konieczności ponoszenia udziału własnego),

....., dnia /..... /2018 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 aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument (sporządzony 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Zapłacona i podpisana przez Wnioskodawcę faktura VAT dotycząca opłaty za naukę (czesne) lub inne dowody księgowo, 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).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Kserokopia Karty Dużej Rodziny (o ile dotyczy) - oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Zostałem/am poinformowany/a o konieczności dostarczenia brakujących dokumentów tj. Brakujące dokumenty zobowiązuję się dostarczyć do dnia.....

....., dnia /..... /2018 r.

.....
podpis Wnioskodawcy

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, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczętka 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 <small>(zaznaczyć właściwe):</small>	UWAGI
1.	Wnioskodawca/podopieczny spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2.	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3.	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4.	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5.	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6.	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7.	Wniosek zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych), zgodność reprezentacji wnioskodawcy lub jego podopiecznego	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku:/...../2018 r.

Weryfikacja formalna wniosku: **pozytywna** **negatywna**

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: - tak - nie

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia: - tak - nie

pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczętka 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.

PRYZNANA 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:

...../...../2018 r.

.....

(podpisy osób podejmujących decyzję)

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

*pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/
podpisujących umowę*

data, podpis:

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora
programu*

data, podpis: