



Nr wniosku:

RS-441-AS-



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 urodzenia .....r. 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  -   .....  
(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 .....

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](http://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"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b><br><input type="checkbox"/> osoba niewidoma<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma | <b>Lewe oko:</b><br>Ostrość wzoru (w korekcji): .....<br>Zwężenie pola widzenia: .....<br>stopni | <b>Prawe oko:</b><br>Ostrość wzoru (w korekcji): .....<br>Zwężenie pola widzenia: .....<br>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<br><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: .....                     | <b>Nazwa pracodawcy:</b><br>..... |
| <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: ..... |                                   |

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę  | <b>Adres miejsca pracy:</b> ..... |
| <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"/> <b>działalność gospodarcza</b> (w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2016r., poz. 1829)<br><br>Nr NIP: ..... | <input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr ....., dokonanego w urzędzie.....<br><br><input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie: ..... |
|--|---|

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>działalność rolnicza</b> (w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2016r. poz. 277) | <b>Miejsce prowadzenia działalności:</b> ..... |
|--|--|

## 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<br>(nazwa instytucji, programu i/lub zadania w ramach którego przyznana została pomoc) | Przedmiot dofinansowania<br>(co zostało zakupione/dofinansowane ze środków PFRON) | Beneficjent<br>(imię i nazwisko osoby, która uzyskała dofinansowanie ze środków PFRON) | Numer i data zawarcia umowy | Kwota przyznana | Kwota rozliczona |
|--|---|--|-----------------------------|-----------------|------------------|
|  |   |  |                             |                 |                  |
|  |   |  |                             |                 |                  |
|  |   |  |                             |                 |                  |
|  |   |  |                             |                 |                  |
|  |   |  |                             |                 |                  |
|  |   |  |                             |                 |                  |
| <b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>  |   |  |                             |                 |                  |

**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  |                   |                                  |
| <b>ŁĄCZNA LICZBA SEMESTRÓW, NA KTÓRĄ WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON:</b> |                   |                                  |

**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) |
| <b>OKRES TRWANIA NAUKI W SZKOLE:</b> ..... (liczba semestrów)   |  | <b>DATA ROZPOCZĘCIA NAUKI/<br/>STUDIÓW:</b> .....   |
| <b>NAUKA ODBYWA SIĘ W SYSTEMIE:</b> <input type="checkbox"/> stacjonarnym <input type="checkbox"/> niestacjonarnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy |  |   |
| <b>WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ ZA POŚREDNICTWEM INTERNETU:</b> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie                                 |  |   |
| <b>WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ ODPŁATNIE:</b> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie  |  |   |
| <b>Pełna nazwa uczelni/szkoły:</b><br>.....   |  |   |
| <b>Miejscowość:</b><br>.....  | <b>Ulica:</b><br>.....   | <b>Nr posesji:</b><br>.....   |
| <b>Powiat:</b><br>.....   | <b>Województwo:</b><br>.....   | <b>Kod pocztowy:</b><br>.....   |
| <b>Wydział:</b><br>.....  | <b>Nr telefonu:</b><br>.....   | <b>NIP uczelni/szkoły:</b><br>.....   |
| <b>Kierunek:</b><br>.....   | <b>Rok nauki:</b><br>.....   | <b>Semestr nauki:</b><br>.....  |
| <b>1. Wnioskodawca będzie powtarzał/a semestr na podanej wyżej formie kształcenia</b>   |  | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie   |
| <b>2. Wnioskodawca pobiera naukę poza miejscem zamieszkania:</b>  |  | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie   |
| <b>3. Wnioskodawca posiada Kartę Dużej Rodziny:</b><br>Jeżeli tak, proszę dołączyć kserokopię (oryginał do wglądu)                                      |  | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie   |
| <b>4. Wnioskodawca pobiera naukę na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki:</b>  |  | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie   |

## WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA NA PÓŁROCZE/SEMESTR

| Koszty opłaty za naukę  | Koszt (w zł)<br><i>(z wyłączeniem wpisowego opłaty rekrutacyjnej, kosztów za powtarzanie semestru lub przedmiotu)</i> | Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł*<br><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)   |   |  |                          |
| <b>RAZEM</b>  |   |  |                          |

**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 .....

### 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](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.pcpwr.powiat.krakow.pl](http://www.pcpwr.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 rozwiązanej 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. 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 2017 rok do konieczności ponoszenia udziału własnego),

....., dnia ..... /..... /2017 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) – <b>oryginał do wglądu</b>  | <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.<br><b>Uwaga!</b> Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia <b>odrębny dokument dla każdej szkoły lub kierunku nauki</b> . Wzór określony w załączniku 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"/> |                   |
| 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 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).   | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> |                   |
| 8.  | Kserokopia Karty Dużej Rodziny (o ile dotyczy) - <b>oryginał do wglądu</b>   | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> |                   |
| 9.  | Dowód osobisty – <b>do wglądu</b> (w celu sprawdzenia poprawności danych)  | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> |                   |
| 10.   | Inne załączniki (należy wymienić):   | <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 ..... /..... /2017 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<br><small>(zaznaczyć właściwie):</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: ...../...../2017 r.

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <b>Weryfikacja formalna wniosku:</b>                            |  | <input type="checkbox"/> <b>pozytywna</b>                     | <input type="checkbox"/> <b>negatywna</b> |
| Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: ..... |  | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |   |
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia:                             |  | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - 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:

...../...../2017 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: