

Wniosek złożono w PCPR w Gorlicach w dniu:

Nr sprawy:

Wypełnia Realizator programu

**WNIOSEK „P”** - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu  
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.

**1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola**

**DANE PERSONALNE**

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

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.

przez..... ważny do .....

PESEL

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)**

(zgodnie z art. 25 KC – miejscem zamieszkania wnioskodawcy jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu; miejscowość będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania)

Kod pocztowy   -    .....  
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....

Województwo .....

miasto do 5 tys. mieszkańców  inne miasto  wieś

**ADRES ZAMELDOWANIA**

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy   -    .....  
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lokalu .....

Powiat .....

Województwo .....

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

Kontakt telefoniczny: nr kier. ....nr telefonu ..... / nr tel. komórkowego:.....

e-mail (o ile dotyczy): .....

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

- Realizator programu  - media  - PFRON  - inne, jakie:.....

## NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ WG. POSIADANEGO ORZECZENIA

<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 porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: tak  nie

**NARZĄD WZROKU 04-O**  osoba niewidoma  osoba głuchoniewidoma

**INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

<input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne
<input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY

Oświadczam, iż na dzień złożenia wniosku jestem osobą:

<input type="checkbox"/> zatrudnioną od dnia .....	<input type="checkbox"/> zarejestrowaną w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna od dnia .....
<input type="checkbox"/> zarejestrowaną w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy od dnia .....	<input type="checkbox"/> nie dotyczy

<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <input type="checkbox"/> na czas określony od dnia ..... do dnia ..... <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....  <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę <input type="checkbox"/> na czas określony od dnia ..... do dnia ..... <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....	Nazwa pracodawcy / zleceniodawcy: ..... ..... Adres miejsca pracy: ..... ..... Telefon kontaktowy do pracodawcy / zleceniodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: ..... (Uwaga! Okresy zatrudnienia Wnioskodawcy mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres zatrudnienia)
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna - zawarta na okres od dnia:..... do dnia: ..... (Uwaga: okresy obowiązywania umów następujących po sobie sumują się)  <input type="checkbox"/> staż zawodowy (w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy)	

**Prowadzę działalność:**

**gospodarczą** - na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr ..... NIP: .....

**rolniczą** (w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990r. o ubezpieczeniu społecznym rolników).

## POSIADANE 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:	

## 2. Informacje dodatkowe

a) Czy Wnioskodawca pobierając naukę korzysta z pomocy tłumacza języka migowego i ponosi z tego tytułu dodatkowe koszty:	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
b) Czy Wnioskodawca pobierając naukę korzysta z pomocy asystenta osoby niepełnosprawnej i ponosi z tego tytułu dodatkowe koszty:	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
c) Czy Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
d) Czy Wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny: Jeśli TAK, to proszę załączyć do wniosku kserokopię Karty.	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
e) Czy Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki lub studiuje w przyspieszonym trybie:	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
f) Czy Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2017 lub 2018 r. w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
g) Czy Wnioskodawca ubiegając się aktualnie o dofinansowanie powtarza semestr/y / półrocze/a objęty/e niniejszym wnioskiem	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
h) Czy Wnioskodawca wcześniej powtarzał semestr/półrocze roku akademickiego/szkolnego Jeśli TAK, proszę wskazać*, który semestr/półrocze ....., w którym roku akademickim/szkolnym....., na jakiej formie kształcenia .....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
i) Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
j) Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania (dot. lit. h, i): .....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>

**Uwaga!** za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, o którym mowa w ust. 31 pkt 33 dokumentu „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2018 roku.”

\* Należy wskazać wszystkie powtarzane semestry / półrocza

## 3. Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu

<b>Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu określonych w rozdziale V założeń programu.</b>
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie w ramach kilku, poniżej wymienionych, form kształcenia lub pobiera naukę na

kilku kierunkach danej formy kształcenia:  TAK  NIE

Jeśli „TAK”, poniższą Tabelę należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły (kierunku nauki) oddzielnie.

**Aktualnie realizowany etap kształcenia - 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
<input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej	<input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)

Okres trwania nauki w szkole.....(ile semestrów)      Data rozpoczęcia nauki/studiów .....

Nauka odbywa się w systemie:  stacjonarnym  niestacjonarnym  nie dotyczy

Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu:  tak  nie

Wnioskodawca pobiera naukę poza miejscem zamieszkania:  tak  nie

Pełna nazwa szkoły/uczelni:

.....				
Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy	
Powiat	Województwo	Nr telefonu	adres http://www	
Wydział	Kierunek nauki	Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	Rok nauki	Semestr nauki
		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		

#### 5. Wnioskowana kwota dofinansowania (na semestr / półrocze)

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł*	Kwota wnioskowana (w zł) ***
Opłata za naukę (czesne): .....**			
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			
<b>Razem</b>			

\* 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

\*\* należy wpisać kierunek studiów / nauki

\*\*\* Jeśli Wnioskodawca zamierza ubiegać się o wyrażenie zgody na zwiększenie dofinansowania czesnego (tj. powyżej 3.000 zł) lub zwiększenie kwoty dofinansowania dodatku na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego, to winien wskazać i udokumentować okoliczności zasługujące na indywidualne rozpatrzenie wniosku (ust. 11 pkt 2 dokumentu „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2018r.) poprzez dołączenie do wniosku odpowiednich informacji i dokumentów.

## 6. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

<p>Oświadczam, iż jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, określonej w art. 233 § 1 ustawy z dnia 06.06.1997r. Kodeks karny (j.t. Dz. U. z 2017r. poz. 2204, z późn. zm.). „ Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę – podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”</p>				tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
<p>Korzystałam/em ze środków PFRON w ramach programu STUDENT, STUDENT II, Aktywny samorząd Moduł II, w tym poprzez PFRON, PCPR lub MOPR?</p> <p>Jeżeli TAK, proszę wypełnić załącznik nr 4 do niniejszego wniosku.</p>					
<p>Łączna liczba dotychczas dofinansowanych ze środków PFRON semestrów / półroczy wyszczególnionych w załączniku nr 4 do wniosku, liczącym ..... stron, wynosi .....</p> <p>Łączna kwota dotychczas otrzymanego ze środków PFRON dofinansowania kosztów nauki wynosi .....</p> <p style="text-align: right;">..... zł.</p>					
<p>Czy Wnioskodawca, w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem w którym składany jest wniosek, korzystał z innych dofinansowań ze środków PFRON - poza wymienionymi w załączniku nr 4?</p>				tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
<p><b>Zadanie</b> (nazwa programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)</p>	<p><b>Przedmiot dofinansowania</b> (co zostało zakupione ze środków PFRON)</p>	<p><b>Wysokość dofinansowania</b> (w zł)</p>	<p><b>Numer i data zawarcia umowy</b></p>	<p><b>Termin rozliczenia</b></p>	
.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>					

<p><b>DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku</b></p>	
<p>Imię i nazwisko Wnioskodawcy – właściciela rachunku bankowego .....</p>	
<p>numer rachunku bankowego .....</p>	
<p>nazwa banku .....</p>	
<p><i>(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)</i></p>	

### Oświadczam, że:

- nie ubiegam się i nie będę ubiegał(a) się w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
- posiadam środki finansowe na pokrycie wymaganego wkładu własnego w zakresie kosztów czesnego (dotyczy osób zatrudnionych),
- 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,
- zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie realizatorowi programu informacje o wszelkich zmianach dot. danych zawartych we wniosku,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.pcpr.gorlice.pl](http://www.pcpr.gorlice.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,

7. 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,
8. w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  
 tak -  nie,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT, innych niż faktura dokumentów księgowych, a także potwierdzenia poniesienia kosztu w formie zaświadczenia wydanego przez szkołę/uczelnę, gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe.

*Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.*

..... dnia ..... /..... /20..... r. ....  
**podpis Wnioskodawcy**

## 7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 8-10)

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia - uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego. <b>Uwaga!</b> Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia <b>odrębny dokument dla każdej szkoły lub kierunku nauki. Wzór określony w załączniku nr 3 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.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Informacja o dotychczasowym korzystaniu z dofinansowania do kosztów nauki ze środków PFRON w ramach programu STUDENT, STUDENT II, Aktywny samorząd Moduł II (sporządzona wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (jeżeli tak to w jakiej wysokości)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Oryginał faktury VAT/ rachunku (gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe) potwierdzający dokonanie opłaty za naukę (czesne) – w przypadku gdy Wnioskodawca ubiega się o refundację poniesionych kosztów. <b>Uwaga!</b> Ww. dokumenty finansowe powinny zawierać szczegółową informację dot. kierunku, semestru nauki i być podpisane przez Wnioskodawcę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inne załączniki (należy wymienić):				
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	