Wniosek złożono w ..... w dniu	Nr sprawy:

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Wypełnia Realizator programu

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

Wniosek 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.

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.pcprradom.finn.pl

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

DANE PERSONALNE

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

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

przez.....

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały	**ADRES ZAMELDOWANIA** (**należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania**)
Kod pocztowy ☐☐ - ☐☐☐ ..... (poczta)	Kod pocztowy ☐☐ - ☐☐☐..... (poczta)
Miejscowość	Miejscowość .....
Ulica	Ulica .....
Nr domu ..... nr lok. ..... Powiat	Nr domu ..... nr lokalu .....
Województwo	Powiat .....
	Województwo .....
Adres korespondencyjny (**jeśli jest inny od adresu zamieszkania**):	**Kontakt telefoniczny**: nr kier. ... ..nr telefonu..... nr tel. komórkowego:..... e-mail: .....
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

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

☐ **NARZĄD RUCHU 05-R**,

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**

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

☐ 01-**U**	☐ 03-**L**	☐ 07-**S**	☐ 09-**M**	☐ 11-**I**
☐ 02-**P**	☐ 06-**E**	☐ 08-**T**	☐ 10-**N**	☐ 12-**C**

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

☐ **osoba zarejestrowana w urzędzie pracy jako:** ☐ **bezrobotna/y od dnia …….**

☐ **poszukująca/y pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu od dnia ……**

☐ **nie dotyczy**

☐ **zatrudniona/y: od dnia:**..... **do dnia:** .....

☐ **na czas nieokreślony** ☐ **inny, jaki:** ……

Nazwa pracodawcy: .....

Adres miejsca pracy: .....

.....

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

……

☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

☐ inna forma zatrudnienia, jaka ? ……..

☐ **działalność gospodarcza**

Nr NIP: ……

☐ **na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr**....., **dokonanego w urzędzie:** .....

☐ **inna, jaka i na jakiej podstawie:**.....

☐ **działalność rolnicza**

Miejsce prowadzenia działalności: .....

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

☐ średnie ogólne	☐ średnie zawodowe	☐ policealne
☐ wyższe - I stopnia	☐ wyższe - II stopnia	☐ wyższe - jednolite magisterskie

☐ inne, jakie: ……

2. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ramach programów: (STUDENT, STUDENT II, AKTYWNY SAMORZĄD-MODUŁ II)? **Jeśli TAK proszę podać liczbę semestrów/półroczy objętych dofinansowaniem ……..**	tak ☐ nie ☐
Czy Wnioskodawca powtarzał semestr/półrocze w ramach danej formy kształcenia **Jeśli TAK proszę podać liczbę powtarzanych semestrów/półroczy ……**	tak ☐ nie ☐
Czy Wnioskodawca po ukończeniu nauki objętej dofinansowaniem ze środków PFRON ponownie rozpoczął/kontynuuje naukę w ramach tej samej formy kształcenia, np. po zakończeniu studiów I st., ponownie rozpoczął studia I st. **Jeśli tak, proszę podać tą formę kształcenia ……**	tak ☐ nie ☐
Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?	tak ☐ nie ☐

Cel (nazwa instytucji, programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało dofinansowane ze środków PFRON)	Data otrzymania dofinansowania (wpisać rok)	Stan rozliczenia wpisać (rozliczono lub nie rozliczono)	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (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: .....

.....

Uwaga! za „*wymagalne zobowiązanie*" należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

3. 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.

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.....*(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 na kilku kierunkach danej formy kształcenia: ☐ tak ☐ nie

Pełna nazwa szkoły: .....

Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy
Powiat	Województwo	Nr telefonu	adres http://www

Wydział	**Kierunek nauki**	**Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:**	**Rok nauki**	**Semestr nauki**
		☐ **tak** ☐ **nie**		

4. Wnioskowana kwota dofinansowania (na 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 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			
Razem			

** 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*

5. Informacje uzupełniające

Czy Wnioskodawca posiada aktualną Kartę Dużej Rodziny? (Jeśli TAK, należy udokumentować.)	tak ☐ nie ☐
Czy Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych? (zgodnie z definicją zawartą w ust. 31, pkt. 18 dokumentu Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 roku)	tak ☐ nie ☐
Czy Wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego?	tak ☐ 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)

numer rachunku bankowego ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

(*dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)*

nazwa banku .....

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

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu radomskiego ☐ tak - ☐ nie,
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, a także: www.pcprradom.finn.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, a w przypadku refundacji także w okresie objętym refundacją kosztów,
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 **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
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,
8. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach czesnego (jeśli dotyczy),
9. zobowiązuję się do bezzwłocznego powiadomienia Realizatora programu, tj. PCPR w Radomiu o wszelkich zmianach dotyczących informacji zawartych w złożonym przeze mnie wniosku, w formie pisemnej,
10. nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i realizatora programu.

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 ..... /..... /2019 r. .....

podpis Wnioskodawcy

6. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 11-13)

	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) – oryginał do wglądu	☐	☐	
2.	**Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów** w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w **załączniku nr 1** do wniosku)*	☐	☐	
3.	**Oświadczenia 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	☐	☐	
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. ***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 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.*	☐	☐	
5.	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	☐	☐	
6.	**W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni** – zaświadczenie wystawione przez pracodawcę zawierające informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (*jeżeli tak to w jakiej wysokości*). *Sporządzone wg wzoru określonego w **załączniku nr 4** do wniosku.*	☐	☐	
7.	Potwierdzenie opłacenia udziału własnego w części nie objętej dofinansowaniem PFRON (jeśli dotyczy).	☐	☐	
8.	Oryginał Faktury VAT/Rachunku (gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe) potwierdzająca/y dokonanie opłaty za naukę (czesne) – w przypadku gdy wnioskodawca ubiega się o refundację poniesionych kosztów. Uwaga! W/w dokumenty finansowe powinny zawierać szczegółową informację dotyczącą semestru nauki jakiego dotyczy opłata za czesne i były podpisane przez wnioskodawcę.	☐	☐	
9.	Karta Dużej Rodziny – jeśli wnioskodawca posiada	☐	☐	
10.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
11.		☐	☐	
12.		☐	☐	

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

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 podpis kierownika zespołu i dyrektora jednostki samorządowej

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (*zaznaczyć właściwe*):	**UWAGI**
1	Wnioskodawca 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 (o ile dotyczy)	□ - tak □ - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	□ - tak □ - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	□ - tak □ - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:		...../ ...../ 20.... 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	*pieczątka imienna kierownika zespołu*
data, podpis:	*data, podpis:*

Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ...../ ...../ 20.... r. (o ile dotyczy)

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna: ☐ w ramach Modułu II

negatywna: ☐ w ramach Modułu II

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 zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI : ……. zł

w ramach Modułu 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:

Radom , dn. …… 20…. r.

…..... .....

podpisy osób podejmujących decyzję

Załącznik nr 1 do wniosku

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Przez **przeciętny miesięczny dochód** należy rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 2220 z późn. zm.), **obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek.**

Dochody z różnych źródeł sumują się: w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2017 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 września 2018 r. – M.P. 2018, poz. 911), według wzoru: [(3.399 zł x liczba hektarów)/12]/liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy.

Przez pojęcie *wspólne gospodarstwo domowe* – należy rozumieć, gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny.

Przez pojęcie samodzielne gospodarstwo domowe – należy rozumieć, gdy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.

Ja niżej podpisany(a) .....
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

Zamieszkały(a).....
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż prowadzę wspólne gospodarstwo domowe w liczbie ……. osób, osiągając średni miesięczny dochód netto …….. zł., co w przeliczeniu na jednego członka gospodarstwa domowego wynosi ……..zł (słownie złotych: ……
……..).

....., dnia.....r. .....
miejscowość *podpis Wnioskodawcy*

Uwaga:

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na postawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana a Wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez Realizatora programu środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu.

Przypis* – sposób wyliczenia przeciętnego miesięcznego dochodu netto przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

$$\textbf{przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą} = \frac{\text{łączny przeciętny miesięczny dochód netto wykazany w wierszu „Razem" w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia}}$$

Uwaga! Wnioskodawca na żądanie Realizatora programu zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym. W takim przypadku wraz z ww. dokumentami należy przedłożyć także zgodę członków gospodarstwa domowego na przetwarzanie ich danych osobowych (zgodnie z załącznikiem nr 2 do formularza wniosku).

Jeżeli wykazany średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie domowym uprawnia do ubiegania się o dofinansowanie na podstawie ustawy o pomocy społecznej, Realizator programu ma prawo żądać poświadczenia sytuacji materialnej rodziny z właściwego terenowego Ośrodka Pomocy Społecznej.

Załącznik Nr 2 do wniosku

Wzór oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu oraz PFRON

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Realizatora programu tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu z siedzibą w Radomiu przy ul: Tadeusza Mazowieckiego 7 oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji programu, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.
Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w pilotażowym programie „Aktywny samorząd”.

Niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (*o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić*):

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Realizatora programu tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu z siedzibą w Radomiu przy ul. Tadeusza Mazowieckiego 7 oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych uraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 poz. 1000 z późn. zm.).

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.
Zapoznałem(am) się z klauzulą informacyjną Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu ul. Tadeusza Mazowieckiego 7 dostępną pod adresem: www.pcprradom.finn.pl w zakładce ochrona danych osobowych.

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

Załącznik nr 3 do wniosku

……..
pieczęć szkoły/uczelni

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb PFRON
(pilotażowy program „Aktywny samorząd”)

Pan/Pani.....

PESEL .....

rozpoczął(ęła) naukę / kontynuuje naukę* w……

……
(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)

……

NIP Uczelni……..…… Rok nauki .....…. semestr nauki .....

Ile semestrów trwa nauka……...

Czy Pan/Pani powtarzał(a) rok nauki: □ tak □ nie
Jeśli tak, to który rok/semestr nauki……..
Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce: □ tak □ nie
Okres zaliczeniowy w szkole: □ semestr □ rok akademicki (szkolny)
Nauka odbywa się w systemie: □ stacjonarnym □ niestacjonarnym

Forma kształcenia:

□ jednolite studia magisterskie	□ studia pierwszego stopnia	□ studia drugiego stopnia
□ studia podyplomowe	□ studia doktoranckie	□ kolegium pracowników służb społecznych
□ kolegium nauczycielskie	□ nauczycielskie kolegium języków obcych	□ szkoła policealna
□ staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej		

Nauka jest odpłatna: □ tak □ nie Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze**
(w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi: ..... zł

Czesne ww. Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane: □ nie □ tak - ze środków**:

1. ..... w wysokości:..... zł
2. ..... w wysokości:..... zł

Organizacja roku akademickiego (szkolnego) ……/…… r. w jednym półroczu:	
Data rozpoczęcia semestru *(dzień, miesiąc, rok)*	
Data zakończenia semestru *(dzień, miesiąc, rok)*	
Data rozpoczęcia sesji egzaminacyjnej *(dzień, miesiąc, rok)*	
Data zakończenia sesji egzaminacyjnej *(dzień, miesiąc, rok)*	
Data rozpoczęcia obowiązkowych praktyk** *(dzień, miesiąc, rok)*	
Data zakończenia obowiązkowych praktyk** *(dzień, miesiąc, rok)*	

-niepotrzebne skreślić
****** *- jeżeli dotyczy*

podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

data, podpis:

……
pieczęć zakładu pracy

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez Zakład Pracy

Pan/Pani……

zamieszkały/a w .....

nr PESEL.....

jest zatrudniony/a w …….

…….....
(nazwa, adres i nr tel. Kontaktowego do Zakładu Pracy)

□ na czas określony od dnia:..... do dnia: .....

□ na czas nieokreślony od dnia:……

Na podstawie:

□ umowy o pracę

□ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

□ umowy cywilnoprawnej

□ staż zawodowy

Zakład pracy dofinansowuje koszty nauki na poziomie wyższym:

□ tak, w wysokości ……. złotych

□ nie

data i czytelny podpis:……