



## 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 ..... ważny do dnia .....

PESEL

Płeć:  kobieta  mężczyzna

Stan cywilny:  wolna/y  zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

### MIEJSCE ZAMIESZKANIA - miejscowość,

w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są plany życiowe. **Uwaga! Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania**

Kod pocztowy \_ \_ - \_ \_ \_

Poczta .....

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... Nr m. ....

Powiat .....

Województwo .....

### ADRES ZAMELDOWANIA

wpisać jeżeli jest inny niż adres podany w kolumnie „Miejsce zamieszkania”

Kod pocztowy \_ \_ - \_ \_ \_

Poczta.....

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu .....Nr m. ....

Powiat .....

Województwo .....

### Adres do korespondencji –

wpisać jeżeli jest inny niż adres podany w kolumnie „Miejsce zamieszkania”:

Kod pocztowy \_ \_ - \_ \_ \_

Poczta .....

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... Nr m. ....

Powiat .....

Województwo .....

### Dane do kontaktu\*: WYPEŁNIĆ OBOWIĄZKOWO

nr kier. ... nr telefonu:.....

Nr telefonu komórkowego: .....

e-mail: .....

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i 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 ważne:  okresowo do .....  bezterminowo

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> narząd ruchu               | <input type="checkbox"/> narząd słuchu       | <input type="checkbox"/> narząd wzroku               |
| <input type="checkbox"/> epilepsja                  | <input type="checkbox"/> ogólny stan zdrowia | <input type="checkbox"/> niepełnosprawność sprzężona |
| <input type="checkbox"/> inne przyczyny, jakie..... |  |  |

### ZATRUDNIENIE WNIOSKODAWCY

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> nie zatrudniony  | <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę          | <input type="checkbox"/> zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy<br>(okresy umów następujących po sobie sumują się) |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, spółdzielczej umowy o pracę | <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza                            | <input type="checkbox"/> działalność rolnicza <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/> staż zawodowy  | <input type="checkbox"/> rejestracja w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna | <input type="checkbox"/> rejestracja w Urzędzie Pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu, od dnia.....  |

miejsce pracy (wraz z adresem):

okres zatrudnienia:

### 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 w uczelni zagranicznej    |   | <input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich) |

**Pierwszy kierunek**

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

**Drugi kierunek**

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

**WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY**

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

**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 w uczelni zagranicznej		<input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)

**DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY  
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku\***

numer rachunku bankowego:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

nazwa banku .....



**WNOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA W JEDNYM PÓŁROCZU NAUKI  
w ROKU AKADEMICKIM..... / .....**

**PIERWSZY KIERUNEK**

Pełna nazwa uczelni / szkoły:

Pełna nazwa wydziału:

Pełna nazwa kierunku:

Rok nauki:

Semestr nauki:

Lp	Rodzaje kosztów	kwota dofinansowania
1.	Opłata za naukę (czesne)	zł.
2.	Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego	zł.
3.	Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia	zł.
<b>RAZEM:</b>		zł.

**słownie złotych:**

**DRUGI KIERUNEK**

Pełna nazwa uczelni / szkoły:

Pełna nazwa wydziału:

Pełna nazwa kierunku:

Rok nauki:

Semestr nauki:

5.	Opłata za naukę (czesne)	zł.
<b>RAZEM: ( PIERWSZY I DRUGI KIERUNEK)</b>		zł.

**słownie złotych:**



.....
.....
.....
.....
.....

**Oświadczam, że:**

- 1) podane we wniosku i w załącznikach do tego wniosku informacje są zgodne z prawdą – przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania;
- 2) przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć w ciągu kolejnych 14 dni od daty otrzymania pisma z WCPR oraz, że po ww. terminie uzupełniania wniosku nie jest możliwe, a także że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną;
- 3) 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,
- 4) w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie (Uwaga! – w ramach programu „Aktywny samorząd” nie mogą uczestniczyć osoby które w przeszłości, były stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON, w tym za pośrednictwem powiatu i rozwiązanej z przyczyn leżących po ich stronie – wykluczenie obowiązuje w ciągu 3 lat, licząc od początku roku, następującego po roku w którym wygasło zobowiązanie wobec PFRON);
- 5) nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy – za pośrednictwem innego realizatora na terenie innego samorządu powiatowego.
- 6) zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd – Moduł II” oraz przyjąłam/łem do wiadomości, że tekst programu „Aktywny samorząd”, i procedur realizacji tego programu są dostępne na stronie internetowej: [www.wcpr.pl](http://www.wcpr.pl) i [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl).
- 7) zobowiązuję się do bezzwłocznego powiadomienia Realizatora programu, tj: WCPR-SCON o wszelkich zmianach dotyczących informacji zawartych w złożonym przeze mnie wniosku, w formie pisemnej.
- 8) Nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i realizatora programu.
- 9) Posiadam środki własne na pokrycie udziału własnego w opłacie za czesne w okresie objętym dofinansowaniem.

.....  
**Miejscowość data**

.....  
**podpis wnioskodawcy**

**Pouczenie:**

*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

<p>Kserokopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego stopień niepełnosprawności bądź równoważnego (orzeczenie lekarza orzecznika ZUS) – oryginał do wglądu</p>	
<p><b>załącznik nr 1</b> - oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu</p>	
<p><b>załącznik nr 2</b> - oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym</p>	
<p><b>załącznik nr 3</b> - wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru określonego w do wniosku) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego.</p> <p><b>Uwaga!</b> 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.</p> <p><b>Uwaga!</b> Wzór określony w zał. 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.</p>	
<p>Kserokopia dokumentu stanowiącego pełnomocnictwo lub opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik lub opiekun prawny</p>	
<p>Potwierdzenie opłacenia udziału własnego w części nie objętej dofinansowaniem PFRON</p>	
<p>Dowód osobisty - oryginał do wglądu</p>	
<p><b>Oryginał Faktury VAT / rachunku</b> (gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe) potwierdzająca dokonanie opłaty za naukę (czesne) - w przypadku gdy wnioskodawca ubiega się o <b>refundację</b> poniesionych kosztów lub</p> <p><b>Uwaga!</b></p> <p>Wymagane jest aby ww. dokumenty finansowe zawierały szczegółową informację dotyczącą formy, kierunku, semestru, roku akademickiego nauki jakiego dotyczy opłata oraz wkładu własnego i były <b>podpisane przez wnioskodawcę</b></p> <p><b>Oryginał Faktury VAT / rachunku</b> (gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe) <b>z określonym terminem do zapłaty</b> - w przypadku gdy Wnioskodawca ubiega się o <b>dofinansowanie</b> kosztów opłaty za naukę na rachunek bankowy uczelni/szkoły.</p> <p><b>Uwaga!</b></p> <p>Wyplata dofinansowania na rachunek bankowy Wnioskodawcy następuje wyłącznie na podstawie <b>Faktury VAT / rachunku</b> zawierającej adnotację „zapłacono” i podpisanego przez wnioskodawcę</p>	
<p>W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>załącznik nr 4</b> - zaświadczenie wystawione przez pracodawcę zawierające informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (<i>jeżeli tak to w jakiej wysokości</i>).</li> <li>Potwierdzenie opłacenia udziału własnego w części nie objętej dofinansowaniem PFRON</li> </ol>	