  

###### Wniosek złożono w ........................ w dniu ............................

*Wypełnia Realizator programu*

WNIOSEK „MODUŁ II” pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym- wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

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.................................................................................................... Płeć: kobieta   mężczyzna  PESEL Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty  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 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 | - 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**, 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:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol* ): | | | | | | | | | | | | | | |
| **NARZĄD WZROKU 04-O**  **osoba niewidoma   osoba głuchoniewidoma**  **INNE PRZYCZYNY** | | | **Lewe oko:**  Ostrość wzoru (w korekcji):...........................  Zwężenie pola widzenia: ................... stopni | | | | | | | **Prawe oko:**  Ostrość wzoru (w korekcji):...........................  Zwężenie pola widzenia: .................... stopni | | | | |
| **01-U** upośledzenie  umysłowe | | **03-L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu | | | | **07-S** choroby układu  oddechowego i krążenia | | | **09-M** choroby układu  moczowo - płciowego | | | | **11-I** inne |
| **02-P**  choroby psychiczne | | **06-E** epilepsja | | | | **08-T** choroby układu  pokarmowego | | | **10-N**  choroby neurologiczne | | | | **12-C** całościowe zaburzenia rozwojowe |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | **AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA** | | | | | | | | | | | | | |
| **niezatrudniona/y bezrobotna/y poszukująca/y pracy nie dotyczy** | | | | | | | | | | | | | | |
| **zatrudniona/y na czas określony od dnia:**...................  **do dnia:** ........................  **na czas nieokreślony inny, jaki: ............................**  **(wskazuje się zatrudnienie na czas dłuższy niż 3 miesiące)** | | | | | | | **Nazwa pracodawcy**: .................................................................  ....................................................................................................  ....................................................................................................  **Adres miejsca pracy**: ................................................................ | | | | | | | |
| **stosunek pracy na podstawie umowy o pracę**  **stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru,   mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę** | | | | | | | .....................................................................................................  .....................................................................................................  .....................................................................................................  **Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:**  ..................................................................................................... | | | | | | | |
| **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 | | |
| podstawowe | gimnazjalne | zawodowe |
| średnie ogólne | średnie zawodowe | policealne |
| wyższe | inne, kursy, szkolenia jakie: |  |
| OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ | | |
| ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA | LICEUM | TECHNIKUM |
| SZKOŁA POLICEALNA | KOLEGIUM | INNA, jaka: |
| STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie) | STUDIA     PODYPLOMOWE | STUDIA     DOKTORANCKIE |
| STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE | | **nie dotyczy** |
| **NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA** **Nazwa szkoły** .................................................................................................... **klasa/rok** ........... **Kod pocztowy** ...........................  **Miejscowość** ...................................................... **ulica** .................................................................... **Nr domu** ................................  **Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:** ..................................................................................... | | |

**2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wnioskodawca otrzymał wcześniej,** na podstawie innego wniosku**, dofinansowanie w ramach programu „STUDENT: tak nie**  i/lub **programu „STUDENT II”: tak nie**  i/lub **programu „Aktywny Samorząd” Moduł II tak  nie ** | | |
| **Proszę podać ilość semestrów nauki/ półroczy na które wnioskodawca otrzymał dofinansowanie ze środków PFRON ( w ramach programu STUDENT/STUDENT II/Aktywny Samorząd Moduł II)…………..** | | |
| **Jeżeli Wnioskodawca otrzymał wcześniej,** na podstawie innego wniosku**, dofinansowanie w ramach programu „STUDENT” i/lub „STUDENT II” i/lub Aktywny Samorząd Moduł II, jaka forma kształcenia była dofinansowana *(można wskazać kilka odpowiedzi)*** | | |
| 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*) |
| Oddział (Oddziały) PFRON/ Powiat Prudnicki w…………….., który(e) przyznał(y) dofinansowanie:  .......................................................................................................................  Wnioskodawca **otrzymał** na podstawie innego wniosku, dofinansowanie ze środków PFRON na zakup **sprzętu ułatwiającego lub umożliwiającego naukę** (np. pamięci przenośnej USB lub dyktafonu):  tak nie  Jeżeli „tak” należy wskazać rodzaj dofinansowanego sprzętu............................................................. | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR lub Powiat Prudnicki? ( należy uwzględnić również umowy w ramach STUDENT i STUDENT II/Aktywny Samorząd Moduł II)** | | | | | tak nie | |
| **Zadanie w ramach którego udzielono wsparcia** (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc) | **Przedmiot dofinansowania** (co zostało zakupione ze środków PFRON) | Numer i data zawarcia umowy | Termin rozliczenia | Kwota przyznana  (w zł) | | Kwota rozliczona  przez organ udzielający pomocy  (w zł) |
| ......................................... ......................................... | ........................... ........................... | ........................... ........................... | ......................... ......................... | ......................... ......................... | | ......................... ......................... |
| **Razem uzyskane dofinansowanie**: | | | |  | |  |
| **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:** taknie  **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:** taknie  **Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:** ......................................................  **Uwaga!** W ramach programu „ MODUŁ II” **nie mogą uczestniczyć osoby**, które posiadają wymagalne zobowiązania wobecPFRON  Za **„*wymagalne zobowiązanie*”** należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął | | | | | | | |

**3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł II**

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** | | | | | | | |
| Wnioskodawca pobierał naukę objętą dofinansowaniem ze środków PFRON i ponownie rozpoczyna lub kontynuuje naukę w tej samej formie edukacji na poziomie wyższym ( np. po zakończeniu studiów I stopnia ponowne rozpoczęcie studiów I stopnia) **tak nie** | | | | | | | |
| Wnioskodawca powtarza semestr  **tak nie**  W sytuacji powtarzania semestru, czy sytuacja miała już miejsce  **tak nie** , z jakiego powodu…………….. | | | | | | | |
| **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** | |  |  |
| Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego) | | | | | | | **tak nie** |
| Wnioskodawca pobiera naukę poza miejscem zamieszkania  **tak nie** | | | | | | | |
| Wnioskodawca posiada aktualną (ważną) kartę dużej rodziny **tak nie** | | | | | | | |
| Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty kształcenia (m.in. korzysta z usług tłumacza migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej)  **tak nie** | | | | | | | |
| Wnioskodawca pobiera naukę na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki **tak nie** | | | | | | | |

**4. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki** | **Koszt (w zł)** | **Wkład własny** | **Dofinansowanie (stypendium)** **z innych niż PFRON źródeł\*** | **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 |  | Nie dotyczy |  |  |
| DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA |  | Nie dotyczy |  |  |
| Zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia z powodu: |  |  |  |  |
| - posiadania aktualnej Karty Dużej Rodziny |  | Nie dotyczy |  |  |
| - korzystania z usług m.in. tłumacza migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej |  | Nie dotyczy |  |  |
| -pobierania nauki poza miejscem zamieszkania |  | Nie dotyczy |  |  |
| -pobierania nauki jednocześnie na 2 (lub więcej) kierunkach studiów/nauki |  | Nie dotyczy |  |  |
| **Razem** |  |  |  |  |

**6. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
|  |
| **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**  ............................................................................................................................................................................................................................................... | |
| 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 Prudnickiego □ 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](http://www.pfron.org.pl), a także: www.powiatprudnicki.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,
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. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w wysokości …..% kwota……. wartości czesnego.
7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: □ tak - □ nie,
8. 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,
9. łączna ilość semestrów/półroczy pobieranej przeze mnie nauki finansowanej przez PFRON w ramach programów „STUDENT” i „STUDENT II” nie przekracza 20 semestrów półroczy.

*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 7-12)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU***(należy zaznaczyć właściwe)* | | |
|  | **Nazwa załącznika** | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
|  | Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) |  |  |  |
|  | Oświadczenie o wysokości przeciętnych miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku)* |  |  |  |
|  | Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku) -* wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu |  |  |  |
|  | Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki *(sporządzony wg wzoru określonego w załączniku*) 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* ***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.* |  |  |  |
|  | 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 |  |  |  |
|  | 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*). |  |  |  |
|  | Inne załączniki (należy wymienić) m.in.:  - Karta Dużej Rodziny  - dokumenty potwierdzające ponoszenie kosztów w związku z korzystaniem z usług tłumacza migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej,  -zaświadczenie z uczelni potwierdzające pobieranie nauki na 2(lub więcej) kierunkach studiów/nauki |  |  |  |

**Słownik**

MODUŁ II : pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

* **aktywności zawodowej** - należy przez to rozumieć:

1. zatrudnienie, lub
2. rejestrację w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna, lub
3. rejestrację w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu;

- **opłacie za naukę (czesne)** – należy przez to rozumieć opłatę pobieraną za naukę w szkole policealnej lub wyższej w okresie objętym umową dofinansowania; opłata za naukę (czesne) nie obejmuje innych opłat z tytułu usług edukacyjnych (przykładowo: opłaty **związanej z powtarzaniem określonych zajęć z powodu niezadowalających wyników w nauce,** za zajęcia nieobjęte planem studiów, za studia realizowane w języku obcym) ani innych opłat przewidzianych przepisami prawa powszechnie obowiązującego (przykładowo za wydanie: legitymacji studenckiej i jej duplikatu, dyplomu ukończenia studiów, jego duplikatu oraz dodatkowego odpisu dyplomu w tłumaczeniu na język obcy, itp.), które to koszty mogą być pokrywane przez beneficjenta pomocy ze środków dofinansowania przyznanego w formie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia;

- **dodatku na pokrycie kosztów kształcenia-** należy przez to rozumieć nie wymagającą rozliczania kwotę przeznaczoną na wydatki związane z pobieraniem nauki,( przykładowo na wydatki dotyczące:

1. zakwaterowania- w przypadku nauki poza miejscem stałego zamieszkania,
2. dojazdów,
3. dostępu do Internetu,
4. uczestnictwa w zajęciach mających na celu podniesienie sprawności fizycznej lub psychicznej,
5. zakupu przedmiotów ułatwiających lub umożliwiających naukę,
6. wyjazdów organizowanych w ramach zajęć szkolnych)

* **gospodarstwie domowym wnioskodawcy** - należy przez to rozumieć, w zależności od stanu faktycznego:

1. **wspólne gospodarstwo** - gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny,

lub

1. **samodzielne gospodarstwo -** gdy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu;

* **zatrudnieniu** - należy przez to rozumieć:

1. stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące,
2. stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony; okres ten nie może być krótszy niż 3 miesiące,
3. działalność rolniczą w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2015 r., poz.704 z późn. zm.),
4. działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2015 r. Nr 220, poz. 584 z późn. zm.),
5. zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy ( okres obowiązywania umów następujących po sobie sumuje się),
6. staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz 149, z późn. zm.),

Okresy zatrudnienia wnioskodawcy w ramach w/w form mogą się sumować jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres zatrudnienia.

**- kolegium-** należy przez to rozumieć kolegium pracowników służb społecznych, utworzone zgodnie z ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty ( tekst jednolity ( Dz. U. z 2015 r. poz.2156);

**- nauce w szkole wyższej-** należy przez to rozumieć studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia, jednolite studia magisterskie, studia podyplomowe lub doktoranckie prowadzone przez szkoły wyższe w systemie stacjonarnym ( dziennym) lub niestacjonarnym ( wieczorowym, zaocznym lub eksternistycznym, w tym również za pośrednictwem Internetu);

**- półroczu/semestrze-** należy przez to rozumieć okres , na który może zostać przyznana pomoc finansowa na pokrycie kosztów nauki w szkole, obejmujący zajęcia dydaktyczne, sesje egzaminacyjną oraz obowiązkowe praktyki;

- **przerwie w nauce**- należy przez to rozumieć przerwę w kontynuowaniu nauki, w trakcie której osoba niepełnosprawna nie ponosi kosztów nauki, np. urlop dziekański, urlop zdrowotny;

- **szkole policealnej-** należy przez to rozumieć publiczna lub niepubliczna szkołę policealną, utworzoną zgodnie z ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty ( Dz. U. z 2015 r. poz. 2156);

**- szkole wyższej**- należy przez to rozumieć publiczna lub niepubliczna szkołę wyższą utworzoną zgodnie z ustawą z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym( Dz.U. z 2012r. poz.572 z póżn.zm.), uczelnią zagraniczną a także szkołę wyższą i wyższe seminarium duchowne prowadzone przez Kościół Katolicki lub inne kościoły i związki wyznaniowe,

**- Karcie Dużej Rodziny** – należy przez to rozumieć dokument identyfikujący członka rodziny wielodzietnej, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 5 czerwca 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji rządowego programu dla rodzin wielodzietnych (Dz. U. poz. 755) lub inny dokument, na podstawie którego wnioskodawca objęty jest działaniami/ulgami adresowanymi do rodzin wielodzietnych, ujętymi w ramy programów, które pod różnymi nazwami funkcjonują w Polsce bądź wprowadzonymi jako samodzielny instrument nieobudowany programem;

**-miejscu zamieszkania** – należy przez to rozumieć, zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, 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;

**CZĘŚĆ B WNIOSKU 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 podpisy pracowników oceniających wniosek merytorycznie | Data i czytelne podpisy członków zespołu ekspertów (o ile dotyczy) | Data, pieczątki i podpisy pracowników 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 (*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 | - tak - nie | |  |
| 5 | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów | - 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***

*data, podpis:*

***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***

*data, podpis:*

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie** |  |

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ....../......./20... r

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON**  **pozytywna**: **w ramach obszaru:........ negatywna**: **w ramach obszaru:..........** | | |
| **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 (w zł):** | | |
| MODUŁ II |  |  |
| **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNE** | | |
| ...................20...... r. ............................ ...........................  data podpisy osób podejmujących decyzję | | |

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

***pieczątki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę***

*data, podpis:*

***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***

*data, podpis:*