

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**

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 dotyczy. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola DANE PERSONALNE

Imię Nazwisko

Data urodzenia

Dowód osobisty seria numer wydany w dniur.

przez..... Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyznaPESEL Stan cywilny: ☐ wolna/y ☐ zamężna/żonatyGospodarstwo 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 05-R , w zakresie:	☐ obu kończyn górnych	☐ jednej kończyny górnej
☐ obu kończyn dolnych	☐ jednej kończyny dolnej	☐ innym

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

☐ NARZĄD WZROKU 04-O ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma	Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji): Zwężenie pola widzenia: stopni	Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji): Zwężenie pola widzenia: stopni
--	---	--

☐ INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):				
☐ 01- U upośledzenie umysłowe	☐ 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ - OSOBA GŁUCHA	☐ 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: od dnia: ☐ bezrobotna/y ☐ poszukująca/y pracy ☐ 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 ☐ umowa cywilnoprawna ☐ staż zawodowy	
☐ 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, jakie:	

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

a) Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?	tak ☐ nie ☐
---	---

Cel, oprócz dofinansowań ujętych w części 2.b,c i d (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
Razem uzyskane dofinansowanie:						

b) Czy wnioskodawca otrzymał wcześniej, na podstawie innego wniosku, dofinansowanie w ramach programu STUDENT?	tak ☐ nie ☐
--	---

Numer i data zawarcia umowy	Nazwa oddziału PFRON, za pośrednictwem którego Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie	Nazwa uczelni/szkoły	Forma kształcenia, która była dofinansowana (studia I stopnia, II stopnia, jednolite studia magisterskie, podyplomowe, doktoranckie)	Kierunek kształcenia, który był dofinansowany	Rok nauki, semestr nauki, które były dofinansowane	Liczba semestrów nauki, do których Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
Łącznie liczba semestrów objętych dofinansowaniem:						

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

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
		☐ tak ☐ nie	Semestr nauki
Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego)			☐ tak ☐ nie

4. Wnioskowana kwota dofinansowania opłaty za naukę – czesne (półrocze/semestr)

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł) - wysokość czesnego na półrocze/semestr	Kwota wnioskowana (w zł) - do 85 % czesnego w przypadku osób zatrudnionych (do 35% wartości czesnego na drugą formę kształcenia) z obowiązku wniesienia udziału własnego zwolniony jest wnioskodawca, gdy wysokość jego przeciętnego miesięcznego dochodu nie przekracza kwoty 583 zł (netto) na osobę	Kwota wnioskowana (w zł) – równowartość kosztów czesnego dofinansowanie powyżej kwoty 3.000 zł jest możliwe wyłącznie w przypadku, gdy wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu wnioskodawcy nie przekracza kwoty 583 zł (netto) na osobę
Opłata za naukę (czesne) na jednym kierunku			
Opłata za naukę (czesne) na drugim kierunku (dofinansowanie do drugiej formy kształcenia wyniesie nie więcej niż połowa kosztów czesnego, maksymalnie 1.500 zł, chyba że wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu wnioskodawcy nie przekracza kwoty 583 zł netto na osobę)			
Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich (maksymalnie do 4.000 zł)			
Razem:			

5. Wnioskowana kwota dodatku na pokrycie kosztów kształcenia (półrocze/semestr)

Rodzaj kosztów	Wnioskuję o: (zaznaczyć właściwe znakiem „X”)	Maksymalna kwota dodatku w zł
DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA (do 1.000 zł)	☐	
Zwiększenie dodatku z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania (do 300 zł)	☐	
Zwiększenie dodatku z tytułu posiadania aktualnej Karty Dużej Rodziny (do 300 zł)	☐	
Zwiększenie dodatku z tytułu pobierania nauki jednocześnie na dwóch kierunkach studiów/nauki (do 300 zł)	☐	
Razem:		

6. Wnioskowana procentowa i kwotowa wysokość dodatku określonego w pkt 5 (zgodnie z ust. 16 Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów programu „Aktywny samorząd” w 2017 r.)

25% ☐ kwota zł

50% ☐ kwota zł

75% ☐ kwota zł

100% ☐ kwota zł

8. Ogółem wnioskowana kwota dofinansowania (pkt 4 + 6)

9. Czy wnioskodawca powtarza semestr/półrocze uprzednio objęte dofinansowaniem ze środków PFRON z powodu niezadawalających wyników w nauce?

☐ nie

10. Czy wnioskodawca zmieniając kierunek lub szkołę/uczelnię, ponownie rozpoczyna naukę od poziomu (semestr/półrocze) objętego uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON?

☐ nie

11. Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł 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.

☐ tak kwota :..... Źródło finansowania:.....

12. Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu:

[illegible]

13. Informacje uzupełniające

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,

na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku:

Nazwa właściciela konta*:

Numer rachunku bankowego:

Nazwa banku

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

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku ☐ **tak** ☐ **nie**,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcpr.slupsk.pl
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ **tak** ☐ **nie**

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.

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

14. Załączniki wymagane do wniosku

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)	☐	☐	
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 formularza 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. <i>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.</i>	☐	☐	
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 – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (jeżeli tak to w jakiej wysokości).	☐	☐	
7.	Kserokopia Karty Dużej Rodziny (w przypadku jej posiadania)	☐	☐	
8.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	

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, pieczęć i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczęć i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (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	Wnioskodawca posiada aktualne orzeczenie o umiarkowanym bądź znacznym stopniu niepełnosprawności	☐ - tak ☐ - nie	
4	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	☐ - 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

pieczęć imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczęć imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis:

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

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna: ☐ w ramach Modułu II - pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

negatywna: ☐ w ramach Modułu II - pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

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):

W przypadku wniosku 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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....20..... r.
data

.....
(podpis dyrektora PCPR w Słupsku)

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

*pieczętka imienne pracowników Realizatora programu
przygotowujących/podpisujących umowę*

data, podpis:

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki
organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis:

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

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

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

niniejszym oświadczam, iż prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe / iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby¹:

	Imię i Nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Przeciętny miesięczny dochód
1.	Wnioskodawca		
	Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy		X
2.			
3.			
4.			
5.			
	RAZEM		

Oświadczam, że:

1. w kwartale poprzedzającym miesiąc, w którym złożyłem(am) wniosek o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny Samorząd”, przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł zł (słownie złotych:).
2. prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....r,
(miejscowość) (podpis osoby składającej oświadczenie)

¹ Niepotrzebne skreślić

Samodzielne gospodarstwo domowe – gdy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.

Wspólne gospodarstwo domowe – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny.

Wnioskodawca na żądanie PCPR w Słupsku zobowiązany jest dostarczyć dowody poświadczające wysokość uzyskanych dochodów.

***Oświadczenie 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.: **Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku** (należy wpisać nazwę Realizatora programu) **z siedzibą w Słupsku przy al. Sienkiewicza 20** (administratora danych) 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 oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić):

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

przez Realizatora programu tj. **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie** z siedzibą w Słupsku przy al. Sienkiewicza 20 (administrator danych) oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

.....
pieczęć szkoły/uczelni

ZAŚWIADCZENIE

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

Pan/Pani.....

nr PESEL

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

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

..... **Rok nauki** **semestr nauki**

Czy Pan/Pani powtarzał(a) rok nauki: ☐ tak ☐ nie

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/semestrze:	
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: