

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

Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola DANE PERSONALNE

Imię Nazwisko

Data urodzenia

PESEL w przypadku braku nr PESEL należy wpisać cechy dokumentu

potwierdzającego tożsamość

Płeć: kobieta mężczyzna

Stan cywilny: wolna/y zameżna/zonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
(poczt)

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 -
(poczt)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż adres 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 i 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)

Studia w przyspieszonym trybie **tak** **nie**

Spowolnienie toku studiów **tak** **nie**

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	
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	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 764 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 764 zł (netto) na osobę
Opłata za naukę (czesne) na jednym kierunku			
Opłata za naukę (czesne) na drugim kierunku (nie więcej niż połowa kosztów czesnego, maksymalnie 1.500 zł, chyba że wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu wnioskodawcy nie przekracza kwoty 764 zł netto na osobę)			
Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich (do 4.000)			
Razem:			

5. Wysokość dodatku na pokrycie kosztów kształcenia ze zwiększeniami (półrocze/semestr)

Rodzaj kosztów	Wnioskuję o: (zaznaczyć właściwe znakiem „X”)	Kwota dodatku w zł
DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA (1.000 zł)		
Zwiększenie dodatku z tytułu ponoszenia dodatkowych kosztów z powodu barier w poruszaniu się w szczególności z tytułu asystenta osoby niepełnosprawnej itp. (500 zł)		
Zwiększenie dodatku z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania (500 zł)		
Zwiększenie dodatku z tytułu posiadania aktualnej Karty Dużej Rodziny (300 zł)		
Zwiększenie dodatku z tytułu pobierania nauki jednocześnie na dwóch kierunkach studiów/nauki lub studiuje w przyspieszonym trybie (300 zł)		
Zwiększenie dodatku z tytułu pobierania nauki w przyspieszonym trybie (200 zł)		
Zwiększenie dodatku z tytułu szkół w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (300 zł)		
Zwiększenie dodatku w przypadku, gdy wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego (300 zł)		
Razem:		

6. Wnioskowana wysokość dofinansowania dodatku określonego w pkt 5

50% dodatku ze zwiększeniami – kwota zł

75% dodatku ze zwiększeniami – kwota zł

100% dodatku ze zwiększeniami – kwota zł

7. Ogółem wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON (pkt 4 + 6) zł

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

tak

nie

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

tak

nie

10. 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.

nie

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

11. 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(am) 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**
- Oświadczam, że posiadam środki finansowe na wymagany udział własny (o ile dotyczy).

..... dnia /..... /20..... r.
miejscowość

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

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 (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.	Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku)	☐	☐	
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 – 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.	Dokumentacja potwierdzająca ponoszenie dodatkowych kosztów z powodu barier w poruszaniu się np. z tytułu asystenta osoby niepełnosprawnej itp. (w przypadku ubiegania się o pomoc w tym zakresie)	☐	☐	
9.	Dokumentacja potwierdzająca korzystanie z usług tłumacza języka migowego i ponoszenie kosztów i ponoszenia kosztów w tym zakresie (w przypadku ubiegania się o pomoc w tym zakresie)	☐	☐	
10.	Dokumentacja potwierdzająca zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie) wydana przez jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję (w przypadku ubiegania się o pomoc w tym zakresie)	☐	☐	

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

*pieczętki 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)

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił zł (słownie:
..... Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

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

Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych

Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że:

1. *Administratorem przekazanych danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku, ul. Sienkiewicza 20, 76-200 Słupsk, zwany dalej Realizatorem, oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13.*
2. *Inspektorem ochrony danych Realizatora jest Pan Piotr Piątak, z którym można kontaktować się e-mailowo: ppiatak@kancelariapiatak.pl.*
3. *Realizator przetwarza dane osobowe w celu realizacji złożonego wniosku i obowiązków wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz programu „Aktywny samorząd”.*
4. *Realizator programu gromadzi dane osobowe zawarte we wniosku o dofinansowanie (wraz z załącznikami), umowie dofinansowania zawartej z beneficjentem, korespondencji związanej z rozpatrzeniem i realizacją wniosku, a także uzyskane w trakcie rozliczenia udzielonego dofinansowania oraz ewaluacji udzielonego wsparcia. Dane te gromadzone są w wersji papierowej lub elektronicznie.*
5. *Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych gromadzi dane osobowe wnioskodawców przekazane przez Realizatora zgodnie z umową w sprawie realizacji programu, a także uzyskane w ramach korespondencji prowadzonej z wnioskodawcami i Realizatorami programu w związku z interwencjami lub zapytaniami związanymi o interpretację zasad programowych. Dane te gromadzone są w wersji papierowej lub elektronicznie.*
6. *Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).*
7. *Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania. Odmowa podania danych osobowych skutkować będzie konsekwencjami określonymi w ustawie wskazanej w pkt 3.*
8. *Dane osobowe przekazywane będą do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Warszawie. Dane będą mogły być przekazywane podmiotom upoważnionym z mocy przepisów prawa.*
9. *Dane osobowe przetwarzane będą przez okres wynikający z przepisów określonych w pkt 3 oraz z obowiązku ich archiwizowania.*
10. *Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do danych osobowych dotyczących ich osoby, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych, w sytuacjach dopuszczonych przez przepisy obowiązującego prawa.*
11. *Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.*
12. *Dane osobowe, które są przetwarzane w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.*

Słupsk, dnia.....

.....
(podpis osoby ubiegającej się o świadczenie)

.....
pieczęć szkoły/uczelni**ZASWIADCZENIE**

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb Realizatora programu oraz PFRON

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		

Studia w przyspieszonym trybie : tak nie Spowolnienie toku studiów tak nie

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

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)

*-niepotrzebne skreślić

**- jeżeli dotyczy

podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

data, podpis:

