

DATA WPŁYWU:

Nr sprawy



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

## PROGRAM „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.

### 1. Informacje Wnioskodawcy

#### DANE PERSONALNE

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

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyznaPESEL 

Dowód osobisty (podać w przypadku braku nr PESEL) seria ..... numer .....

wydany w dniu.....r.

przez.....ważny do dnia.....r

Stan cywilny: .....

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne

Stan cywilny:.....

#### MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy  -  .....  
(pocztą)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....

#### ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy  -  .....  
(pocztą)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lokalu .....

Powiat .....

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☐ - media ☐ - Realizator programu ☐ - PFRON ☐ - inne (jakie):.....

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność 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
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: ..... <input type="checkbox"/> bezterminowo		
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<input type="checkbox"/> 01 - <b>U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03 - <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 05 - <b>R</b> dysfunkcja narządu ruchu
<input type="checkbox"/> 02 - <b>P</b> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 04 - <b>O</b> dysfunkcja narządu wzroku	<input type="checkbox"/> 06 - <b>E</b> epilepsja
<input type="checkbox"/> 07 - <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09 - <b>M</b> choroby układu moczowo - pęciowego	<input type="checkbox"/> 11 - <b>I</b> inne
<input type="checkbox"/> 08 - <b>T</b> choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10 - <b>N</b> choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12 - <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe
BARIERY WNIOSKODAWCY		
Czy Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty ( jakie?) z powodu barier w komunikowaniu się : <input type="checkbox"/> pomocy tłumacza migowego..... <input type="checkbox"/> asystenta osoby niepełnosprawnej..... <input type="checkbox"/> nie dotyczy		Czy Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty ( jakie?) w związku z poruszaniem się wyłącznie za pomocą wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/> tak ..... <input type="checkbox"/> nie
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA		
(okresy zatrudnienia sumują się jeżeli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dnia – przerwa nie jest wliczana)		
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y Zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy jako: <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy		
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: ..... <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....		Nazwa pracodawcy: ..... ..... ..... Adres miejsca pracy: ..... ..... ..... ..... Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: ..... .....
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony nie krótszy niż 3 miesiące <input type="checkbox"/> zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy <input type="checkbox"/> staż zawodowy		

<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: ..... <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakie podstawie: .....
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności: .....
<p align="center"><b>POZOSTAŁE INFORMACJE</b></p>	
<p><b>Czy wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018r. lub w 2019r. w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:</b></p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>	

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

[illegible]

**Jeżeli tak, proszę podać łączną ilość dofinansowanych semestrów/ półroczy .....**

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:** tak ☐ nie ☐

**Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:** .....

Wnioskodawca pobiera naukę w ramach dwóch i więcej form kształcenia na poziomie wyższym ( kierunków studiów/nauki):

**Jeśli „TAK” poniższą tabelę należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły ( kierunku, nauki) oddzielnie.**

<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
<input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)	<input type="checkbox"/> edukacja w szkole policealnej	

Okres trwania nauki w szkole.....(*ile semestrów*)      Data rozpoczęcia nauki/studiów .....

Wnioskodawca powtarza dany semestr/półrocze/rok szkolny lub akademicki : ☐ tak ☐ nie

Wnioskodawca studiuje w trybie przyspieszonym ☐ tak ☐ nie

**Pełna nazwa szkoły:**

<b>Miejscowość i kod pocztowy</b>	<b>Ulica i numer posesji</b>	<b>Nr telefonu</b>		
<b>Wydział</b>	<b>Kierunek nauki</b>	<b>Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:</b>	<b>Rok nauki</b>	<b>Semestr nauki</b>
		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		

#### 4. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze/semestr)

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł*	Wysokość wkładu własnego***	Kwota wnioskowana (w zł)
Opłata za naukę (czesne): .....**				
Opłata za naukę (czesne): .....**				
Dodatek - opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego			X	
DODATEK na pokrycie kosztów kształcenia			X	
ZWIĘKSZENIE DODATKU w przypadku gdy Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z powodu barier w poruszaniu się ( <b>dotyczy tylko osób poruszających się wyłącznie na wózku inwalidzkim</b> )			X	
ZWIĘKSZENIE DODATKU w przypadku gdy Wnioskodawca korzysta z usług tłumacza migowego			X	
ZWIĘKSZENIE DODATKU w przypadku ponoszenia kosztów z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania			X	
ZWIĘKSZENIE DODATKU w przypadku gdy Wnioskodawca posiada <b>aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny</b>			X	
ZWIĘKSZENIE DODATKU w przypadku, gdy Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki			X	
ZWIĘKSZENIE DODATKU w przypadku, gdy Wnioskodawca studiuje w trybie przyspieszonym			X	
ZWIĘKSZENIE DODATKU w przypadku gdy wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub 2019r. w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych			X	
ZWIĘKSZENIE DODATKU w przypadku gdy wnioskodawca posiada podpis elektroniczny/Profil Zaufany na platformie ePUAP i złoży wniosek o dofinansowanie w dedykowanym systemie przygotowanym przez PFRON				
<b>Razem</b>				

\* tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych lub pracodawcy, należy podać kwotę i źródło dofinansowania

\*\* **należy wpisać kierunek studiów/nauki.** W przypadku pobierania nauki w ramach jednej, aktualnie realizowanej formy kształcenia na poziomie wyższym ( na jednym kierunku) – niezależnie od daty poniesienia kosztów dofinansowanie powyżej kwoty 3000,00zł. jest możliwe wyłącznie w przypadku, gdy wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu Wnioskodawcy nie przekracza 764,00zł (netto) na osobę. Natomiast w przypadku gdy wnioskodawca pobiera naukę w ramach dwóch i więcej form kształcenia na poziomie wyższym (kierunków studiów) kwota opłaty za naukę (czesne) może być zwiększona o równowartość połowy kosztów czesnego na kolejnym/kolejnych kierunkach nauki, przy czym dofinansowanie powyżej kwoty 1500,00zł. jest możliwe wyłącznie w przypadku, gdy wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu Wnioskodawcy nie przekracza kwoty 764,00zł. ( netto) na osobę. Jeżeli wnioskodawca wnioskuję o dofinansowanie kwoty opłaty za naukę (czesne) powyżej kwoty 3000 zł, a jego dochód przekracza 764,00 zł, wówczas do wniosku jest zobowiązany dołączyć uzasadnienie dotyczące wysokości dofinansowania, przede wszystkim zawierające opis atrakcyjności kierunku nauki wybranego przez wnioskodawcę na otwartym rynku pracy, wskazanie innych okoliczności zasługujących na indywidualne rozpatrzenie sprawy.

\*\*\* wysokość wkładu własnego należy obliczyć zgodnie z aktualnie obowiązującym dokumentem pn. Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” w 2019 roku.

#### 5. Informacje uzupełniające

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY\*

Imię i nazwisko posiadacza rachunku.....

Adres zamieszkania.....

Numer rachunku bankowego .....

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

## 6. Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu

.....

.....

.....

.....

**Uzasadnienie, jeżeli wnioskodawca wnioskuję o dofinansowanie kwoty opłaty za naukę (czesne) powyżej kwoty 3000 zł, a jego dochód przekracza 764,00 zł (netto) na osobę:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 7. Oświadczenia wnioskodawcy

### Oświadczam, że:

- nie ubiegam się i nie będę się ubiegał(a) / ubiegam się lub będę się ubiegał (a)\* w danym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego).
- 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](http://www.pfron.org.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 **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły, po zawarciu umowy,
- posiadam środki na pokrycie wkładu własnego, które nie pochodzą ze środków PFRON,
- zobowiązuję niezwłocznie zgłosić do Realizatora informacji o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku.

\*Niewłaściwe skreślić

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 ..... / ..... / ..... r.

.....  
podpis Wnioskodawcy

## 8. Załączniki: wymagane do wniosku

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA
		Dołączono do wniosku ( należy zaznaczyć właściwe)
	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>
	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do wniosku)	<input type="checkbox"/>
	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>
	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. <b>Uwaga!</b> Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia <b>odrębny dokument</b> dla każdej szkoły lub kierunku nauki. Wzór określony w załączniku nr 3 do wniosku <b>nie dotyczy</b> 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.	<input type="checkbox"/>
	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki ( <i>jeżeli tak to w jakiej wysokości</i> ).	<input type="checkbox"/>
	Zaświadczenie z PUP w przypadku osób zarejestrowanych jako bezrobotne/poszukujące pracy z wyszczególnieniem okresu rejestracji – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>
	W przypadku zatrudnienia – należy przedłożyć zaświadczenie od pracodawcy wskazujące okresy zatrudnienia – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>
	Kserokopia aktualnej ( ważnej ) Karty Dużej Rodziny ( oryginał do wglądu) – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>
	Dokument potwierdzający poszkodowanie w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych - jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>
	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>