

	PCPR-CZP.4211.1. .2019
data wpływu wniosku do PCPR	numer sprawy



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

program finansowany ze środków PFRON

Wypełnia Realizator programu

## WNIOSEK o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „AKTYWNY SAMORZĄD”

Wniosek powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń. We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy".  
W przypadku, gdy we 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.  
Właściwie zaznaczyć poprzez wstawienie znaku X w polu

<b>Moduł II</b>
<b>pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym</b>

### 1. Informacje o Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Imię..... Nazwisko.....	
PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	w przypadku braku nr PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne <input type="checkbox"/> wspólne	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	
– miejscowość, w której Wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego Wnioskodawcy, w którym są skoncentrowane plany życiowe. <b>Uwaga! Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania</b>	
Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Miejscowość .....
Ulica .....	Nr domu ..... Nr m. ....
Powiat .....	Województwo ..... <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
MIEJSCE ZAMELDOWANIA	
– wpisać jeżeli jest inny niż adres w kolumnie „Miejsce zamieszkania”	
Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Miejscowość .....
Ulica .....	Nr domu ..... Nr m. ....
Powiat .....	Województwo ..... <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
DANE KONTAKTOWE	
– wypełnić obowiązkowo	
tel. stacj. (z kier.) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	tel. komórkowy <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
e-mail (o ile dotyczy) .....	

## ADRES DO KORESPONDENCJI

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

Kod pocztowy   -     ..... Miejscowość .....

Ulica ..... (pocztą) ..... Nr domu ..... Nr m. ....

Powiat ..... Województwo .....  miasto  wieś

## STAN PRAWNY DOTYCZĄCY 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 inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> okresowo do .....	<input type="checkbox"/> bezterminowo

## RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 04-O narząd wzroku	<input type="checkbox"/> 07-S układ oddechowy/krażenie	<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 05-R narząd ruchu	<input type="checkbox"/> 08-T układ pokarmowy	<input type="checkbox"/> 11-I inne
<input type="checkbox"/> 03-L narząd słuchu/zaburzenia mowy	<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja	<input type="checkbox"/> 09-M układ moczowo-płciowy	<input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

 bezrobotny/a zarejestrowana/y w urzędzie pracy  poszukująca/y pracy i niepozostająca/y w zatrudnieniu zarejestrowana/y w urzędzie pracy zatrudniona/y - od dnia: ..... do dnia: ..... na czas nieokreślony  inny, jaki: .....

- stosunek pracy na podstawie umowy o pracę  
 stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę  
 umowa cywilnoprawna  
 staż zawodowy

Nazwa pracodawcy:

Adres miejsca pracy:

tel. kontakt. do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienie:

 działalności gospodarcza

Nr NIP .....

- na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr .....,  
dokonanego w urzędzie: .....  
 inna, jaka i na jakiej podstawie: .....

 działalności rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności: .....

 nie dotyczy

## AKTUALNIE REALIZOWANY ETAP KSZTAŁCENIA

<input type="checkbox"/> studia I stopnia	<input type="checkbox"/> studia II stopnia	<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> szkoła policealna	<input type="checkbox"/> inne, jakie: .....	

**Przeciętny miesięczny dochód (netto) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek, w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wynosił:**

..... zł (zgodnie z zał. nr 1 do wniosku)







## 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie w ramach kilku, poniżej wymienionych, form kształcenia lub pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<i>Jeśli „TAK”, poniższą Tabelę należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły (kierunku nauki) oddzielnie</i>	

Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:		
<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> nauka w kolegium
<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej	<input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej	<input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego <i>(dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)</i>

Okres trwania nauki w szkole.....(ile semestrów)	Data rozpoczęcia nauki/studiów .....r.
Nauka odbywa się w systemie: <input type="checkbox"/> stacjonarnym <input type="checkbox"/> niestacjonarnym <input type="checkbox"/> za pośrednictwem Internetu	
Wnioskodawca pobiera naukę poza miejscem zamieszkania:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Nauka odbywa się w trybie przyspieszonym	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Nauka odbywa się w trybie spowolnionym	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca w ramach danej formy kształcenia na poziomie wyższym zmienia kierunek lub szkołę/uczelnia w trakcie pobierania nauki, ponownie pobiera naukę na poziomie (semestr/półrocze) objętym uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON w ramach programu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

DANE DOTYCZĄCE SZKOŁY/UCZELNI:			
Pełna nazwa szkoły/uczelni			
Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy
Powiat	Województwo	Nr telefonu	
Wydział		Kierunek nauki	
		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Rok nauki	Semestr nauki	Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze  w semestrze letnim  w semestrze zimowym )

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł*	Kwota wnioskowana (w zł)	Deklarowany wkład własny ***
Oplata za naukę (czesne): do 3.000 zł .....** <i>nazwa kierunku</i> 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				
Oplata za naukę (czesne): do 1.500 zł ( <i>drugi kierunek</i> ) .....** <i>nazwa kierunku</i> dofinansowanie powyżej kwoty 1.500 zł jest możliwe wyłącznie w przypadku, gdy wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu Wnioskodawcy nie przekracza kwoty 764 zł (netto) na osobę				
<b>Dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego</b> (w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich): do 4.000 zł				NIE DOTYCZY
<b>Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:</b> maksymalnie 1.000 zł, który może być zwiększony nie więcej niż o:				NIE DOTYCZY
▪ <b>500 zł</b> (w przypadku, gdy wnioskodawca posiada znaczny stopień niepełnosprawności)				NIE DOTYCZY
▪ <b>500 zł</b> (w przypadku, gdy wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania)				NIE DOTYCZY
▪ <b>300 zł</b> (w przypadku, gdy wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny)				NIE DOTYCZY
▪ <b>300 zł</b> (w przypadku, gdy wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki) lub w trybie przyspieszonym				NIE DOTYCZY
▪ <b>300</b> (gdy wnioskodawcą jest osoba poszkodowana w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych)				NIE DOTYCZY
▪ <b>200</b> (w przypadku, gdy wnioskodawca osiąga dobre wyniki w nauce (średnia ocen powyżej 4,50))				NIE DOTYCZY
▪ <b>300</b> (w przypadku, gdy wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego)				NIE DOTYCZY
<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

\*\*\* wypełniają tylko osoby zobowiązane do uiszczenia wkładu własnego.

## 6. Informacje uzupełniające

Średnia ocen (na podstawie zaświadczenia z uczelni): ..... w skali:  - (od 1 do 5)  - innej, jakiej:.....

Przez średnią ocen należy rozumieć średnią wyliczoną z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku (jako średnią arytmetyczną), na podstawie wszystkich ocen uzyskanych w roku akademickim (szkolnym) poprzedzającym rok akademicki (szkolny), którego dotyczy wniosek (wszystkie udokumentowane oceny z egzaminów i zaliczeń); w przypadku studentów pobierających naukę na pierwszym roku studiów drugiego stopnia, brana jest pod uwagę średnia ocen z ostatniego roku studiów pierwszego stopnia

**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** (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

numer rachunku bankowego:

**UWAGA!**

Wymagane jest aby dokumenty rozliczeniowe (Faktura VAT lub inne dowody księgowo, a także potwierdzenie poniesienia kosztu w formie zaświadczenia wydane przez uczelnię, gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe) zawierały szczegółową informację dotyczącą formy, kierunku, semestru, roku akademickiego nauki jakiego dotyczy opłata. Dokumenty, o których mowa wyżej muszą być wystawione w okresie trwania danego półrocza objętego dofinansowaniem, niezależnie od daty ich poniesienia.

**Oświadczam, że:**

1. nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy – za pośrednictwem innego realizatora na terenie innego samorządu powiatowego,
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 przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.sanok.naszepcpr.pl](http://www.sanok.naszepcpr.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. w ciągu ostatnich 3 lat **nie byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
7. nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i realizatora programu,
8. posiadam środki własne na pokrycie udziału własnego w opłacie za czesne (*o ile dotyczy*).

..... , dnia <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> r.	..... <b>podpis Wnioskodawcy*</b>
<i>Miejscowość</i>	

\* 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.

**7. Załączniki wymagane do wniosku**

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 4 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 4 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"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	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).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia/skan Karty Dużej Rodziny ( <i>o ile dotyczy</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego pełnomocnictwo lub opiekę prawną nad podopiecznym, w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej w imieniu której występuje pełnomocnik lub opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Oświadczenie pełnomocnika (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Dokument potwierdzający, że wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, tj.: – osobą zamieszkujejącą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu, wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została <b>decyzja o przyznaniu zasiłku celowego</b> w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) – osobą, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane /potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Dokument potwierdzający, że Wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o statusie osoby bezrobotnej/poszukującej pracy ( <i>o ile dotyczy</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Klauzula informacyjna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	