

Wniosek złożono w Powiatowym Centrum
Pomocy Rodzinie w Kielcach

data wpływu wniosku (dzień, miesiąc, rok)

Nr sprawy:

Wypełnia Realizator programu

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.

Część A

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

Imię..... Nazwisko.....

Data urodzenia.....r.

dzień, miesiąc, rok

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.

przez..... Ważny do dniar.

Płeć: kobieta mężczyzna

PESEL Stan cywilny: wolna/y zameżna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Gmina

Powiat Kielecki Województwo Świętokrzyskie

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

<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: okresowo do dnia: bezterminowo**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

(proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

 NARZĄD RUCHU 05-R NARZĄD WZROKU 04-O osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma

<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11- I inne
<input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA bezrobotna/y poszukująca/y pracy nie dotyczy 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 od dnia: do dnia:

Nazwa pracodawcy:

Adres miejsca pracy:

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

<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich <u>3 lat</u> (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
--	---

Nazwa programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc	Przedmiot dofinansowania 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 w ciągu ostatnich 3 lat:					

OŚWIADCZENIE

Łączna liczba semestrów / półroczy, w których Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w ramach różnych form kształcenia na poziomie wyższym do dnia złożenia wniosku.	<i>(liczba semestrów / półroczy)</i>
--	--------------------------------------

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:.....	
Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął	

Uzasadnienie:

3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł II

STRONA 4

1. Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie semestru/półrocza danej formy edukacji na poziomie wyższym, jaki dotychczas był objęty dofinansowaniem ze środków PFRON TAK NIE
2. Wnioskodawca z powodu niezadowolających wyników w nauce powtarza semestr/półrocze uprzednio objęte dofinansowaniem ze środków PFRON TAK NIE
3. Wnioskodawca, zmieniając kierunek lub szkołę/uczelni, ponownie rozpoczyna naukę od poziomu (semestr/półrocze) objętego uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON TAK NIE

Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie w ramach kilku form kształcenia lub pobiera naukę na dwóch 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:

<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 pracowników służb społecznych
<input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim	<input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej
<input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej	<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej	<input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (<i>dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich</i>)
Okres trwania nauki w szkole.....(<i>ile semestrów</i>)		Data rozpoczęcia nauki/studiów

Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym przez internet

Pełna nazwa szkoły:

Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy	
Powiat	Województwo	Nr telefonu	adres http://www	
Wydział	Kierunek nauki	Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:		
		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
			Rok nauki	Semestr nauki

4. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze)

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Opłata za naukę (czesne) <i>(nazwa kierunku)</i>		
Opłata za naukę (czesne) <i>(nazwa kierunku)</i>		
Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego		
DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA		
Przysługujące zwiększenia dodatku:		
w sytuacjach, gdy Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z powodu barier w poruszaniu się lub z powodu barier w komunikowaniu się		
w przypadku, gdy Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania		
w przypadku, gdy Wnioskodawca posiada Kartę Dużej Rodziny		
w przypadku, gdy Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki.		
Razem		

5. Informacje uzupełniające

STRONA 5

Wnioskodawca posiada znaczny stopień niepełnosprawności z symbolem innym niż 05-R lub 04-O, a następstwem schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia są bariery w poruszaniu się (potwierdzone zaświadczeniem lekarskim lub odpowiednim dokumentem)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie					
Wnioskodawca posiada znaczny stopień niepełnosprawności i ponosi dodatkowe koszty w związku z korzystaniem z pomocy tłumacza migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej (potwierdzone odpowiednimi dokumentami)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie					
Wnioskodawca posiada ważną Kartę Dużej Rodziny	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie					
DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY*, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku						
Numer rachunku bankowego						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)</small>						
nazwa banku						
<small>* lub należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby</small>						

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, **ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatu Kieleckiego** 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 przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.bippcpr.wrota-swietokrzyskie.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,
- posiadam** środki finansowe przeznaczone na udział własny nie dotyczy

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 /..... /2016 r.

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika	Dołączono do wniosku (należy zaznaczyć właściwe)	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)	
		Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1. Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) (Oryginał dokumentu do wglądu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Kserokopia ważnej Karty Dużej Rodziny * (Oryginał dokumentu do wglądu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* jeżeli dotyczy

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,
- rezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

Data i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku

Data i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę

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	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku:

...../...../ 2016 r.

Weryfikacja formalna wniosku:

pozytywna

negatywna

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:

- tak - nie

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia

- tak - nie

Podpis i pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

Podpis i pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis:

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

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna: negatywna:

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.

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

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 wraz z przysługującymi zwiększeniami:

..... zł

..... zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

..... 2016 r.

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

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

*Podpisy pracowników Realizatora programu
przygotowujących umowę*

data, podpis:

*Podpis i pieczęćka imienna kierownika właściwej
jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis: