

Wniosek złożono w PCPR
Płońsk w dniu:

Nr sprawy:



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

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 urodzeniar. Dowód osobisty seria numer

wydany przez

w dniu ważny do dnia

PESEL

Płeć: kobieta mężczyzna

Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA - miejscowość,

w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego
pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego
wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są plany
życiowe. **Uwaga! Można mieć tylko jedno miejsce
zamieszkania**

Kod pocztowy _ _ - _ _ _

Poczta

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr m.

Powiat

Województwo

ADRES ZAMELDOWANIA

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

Kod pocztowy _ _ - _ _ _

Poczta.....

Miejscowość

Ulica

Nr domuNr m.

Powiat

Województwo

Adres do korespondencji –

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

Kod pocztowy _ _ - _ _ _

Poczta

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr m.

Powiat

Województwo

Dane do kontaktu*: WYPEŁNIĆ OBOWIĄZKOWO

nr kier. ... nr telefonu:.....

Nr telefonu komórkowego:

e-mail:

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i 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 ważne: okresowo do bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> narząd ruchu | <input type="checkbox"/> narząd słuchu | <input type="checkbox"/> narząd wzroku |
| <input type="checkbox"/> epilepsja | <input type="checkbox"/> ogólny stan zdrowia | <input type="checkbox"/> niepełnosprawność sprzężona |
| <input type="checkbox"/> inne przyczyny, jakie..... | | |

ZATRUDNIENIE WNIOSKODAWCY

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> nie zatrudniony | <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"/> zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy
(okresy umów następujących po sobie sumują się) |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, spółdzielczej umowy o pracę | <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza | <input type="checkbox"/> działalność rolnicza |
| <input type="checkbox"/> staż zawodowy | <input type="checkbox"/> rejestracja w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna | <input type="checkbox"/> rejestracja w Urzędzie Pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu, od dnia..... |
| <input type="checkbox"/> miejsce pracy (wraz z adresem): | | |
| <input type="checkbox"/> okres zatrudnienia: | | |

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku*

numer rachunku bankowego:

nazwa banku

WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> średnie ogólne | <input type="checkbox"/> średnie zawodowe | <input type="checkbox"/> policealne |
| <input type="checkbox"/> wyższe | <input type="checkbox"/> inne, jakie:..... | |

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 w uczelni zagranicznej | | <input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich) |

Okres trwania nauki w szkole**Data rozpoczęcia nauki/studiów**

(ile semestrów).....

.....

Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym nie dotyczyWnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: tak nieWnioskodawca pobiera naukę odpłatnie: tak nieWnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: tak nie

Uzasadnienie wniosku – należy wykazać związek pomiędzy udzieleniem dofinansowania a możliwością realizacji celów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – Moduł II.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nazwa programu: - każdy wnioskodawca może uzyskać pomoc ze środków PFRON łącznie maksymalnie w ramach 20 semestrów/półroczny różnych form wsparcia na poziomie wyższym,	Poziom kształcenia np: nauka w szkole policealnej, studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia, studia: podyplomowe lub doktoranckie prowadzone w systemie dziennym lub wieczorowym, zaocznym, eksternistycznym, za pośrednictwem Internetu	Ilość dofinansowanych semestrów
STUDENT kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych		
STUDENT II kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych		
Pilotażowy program <i>Aktywny samorząd</i> – Moduł II		
		Łącznie:

Przerwa w nauce – należy przez to rozumieć przerwę w kontynuowaniu nauki, w trakcie której osoba niepełnosprawna nie ponosi kosztów nauki:

<input type="checkbox"/> Urlop dziekański w okresie od – do	<input type="checkbox"/> Urlop zdrowotny w okresie od – do	<input type="checkbox"/> Inny (jaki?)	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
--	---	--	---

Oświadczam, że:

- 1) podane we wniosku i w załącznikach do tego wniosku informacje są zgodne z prawdą – przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania;
- 2) przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć w ciągu kolejnych 14 dni od daty otrzymania pisma z PCPR oraz, że po ww. terminie uzupełniania wniosku nie jest możliwe, a także że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną;
- 3) 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,
- 4) w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie (Uwaga! – w ramach programu „Aktywny samorząd” nie mogą uczestniczyć osoby które w przeszłości, były stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON, w tym za pośrednictwem powiatu i rozwiązanej z przyczyn leżących po ich stronie – wykluczenie obowiązuje w ciągu 3 lat, licząc od początku roku, następującego po roku w którym wygasło zobowiązanie wobec PFRON);
- 5) 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.
- 6) zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd – Moduł II” oraz przyjąłam/tem do wiadomości, że tekst programu „Aktywny samorząd”, i procedur realizacji tego programu są dostępne na stronie internetowej: www.plonsk.pcsr.info i www.pfron.org.pl.
- 7) zobowiązuję się do bezzwłocznego powiadomienia Realizatora programu, tj: PCPR Płońsk o wszelkich zmianach dotyczących informacji zawartych w złożonym przeze mnie wniosku, w formie pisemnej.
- 8) Nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i realizatora programu.
- 9) Posiadam środki własne na pokrycie udziału własnego w opłacie za czesne w okresie objętym dofinansowaniem.

Załączniki wymagane do wniosku

1	Kserokopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego stopień niepełnosprawności bądź równoważnego (orzeczenie lekarza orzecznika ZUS)	<input type="checkbox"/>
2	załącznik nr 1 - oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>
3	załącznik nr 2 - oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym	<input type="checkbox"/>
4	załącznik nr 3 - wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru określonego 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. Uwaga! Wzór określony w zał. 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"/>
5	załącznik nr 4 – oświadczenie o liczbie semestrów objętych dofinansowaniem	<input type="checkbox"/>
6	Kserokopia 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"/>
7	Kserokopia dowodu osobistego	<input type="checkbox"/>
8	Faktura VAT/rachunek (gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe) potwierdzająca dokonanie opłaty za naukę (czesne) - w przypadku gdy wnioskodawca ubiega się o refundację poniesionych kosztów Uwaga! Wymagane jest aby ww. dokumenty finansowe zawierały szczegółową informację dotyczącą formy, kierunku okresu nauki jakiego dotyczy opłata oraz wkładu własnego i były podpisane przez wnioskodawcę Faktura VAT/rachunek (gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe) w przypadku gdy Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie kosztów opłaty za naukę na rachunek bankowy uczelni/szkoły. Uwaga! Wypłata dofinansowania na rachunek bankowy Wnioskodawcy następuje wyłącznie na podstawie Faktury VAT/rachunku zawierającej adnotację „zapłacono”.	<input type="checkbox"/>
9	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni: 1. Kserokopia dokumentu Pit – 37, Pit – 36, Pit – 28 za rok 2016 2. 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>). 3. Potwierdzenie opłacenia udziału własnego	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

.....
Miejscowość data

.....
podpis wnioskodawcy

Pouczenie:

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.

Imię i nazwisko.....PESEL _ _ _ _ _

WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA SEMESTR „LETNI”		
PIERWSZY KIERUNEK		Pełna nazwa szkoły:
Wydział:		
Rok nauki:		Semestr nauki:
Lp	Rodzaje kosztów	kwota dofinansowania
1.	Opłata za naukę (czesne)	zł.
2.	Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego	zł.
3.	Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia	zł.
RAZEM:		zł.
słownie złotych:		
DRUGI KIERUNEK		Pełna nazwa szkoły:
Wydział:		
Rok nauki:		Semestr nauki:
5.	Opłata za naukę (czesne)	zł.
RAZEM: (PIERWSZY I DRUGI KIERUNEK)		zł.
słownie złotych:		

- ⇒ Warunki uczestnictwa osoby niepełnosprawnej w programie w module II:
- ⇒ znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności,
- ⇒ nauka w szkole wyższej lub szkole policealnej lub kolegium lub przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi.
- ⇒ W przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich, przysługuje wyłącznie dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego.
- ⇒ Warunki wykluczające uczestnictwo w programie:
 1. wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub wobec realizatora programu,
 2. przerwa w nauce.
- ⇒ Dofinansowaniu mogą podlegać **wyłącznie** te koszty (te części kosztów), które nie zostały sfinansowane z innych źródeł tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych i innych.

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ AKTUALNE

.....
Miejscowość data

.....
podpis wnioskodawcy