



program finansowany ze środków PFRON

Data wpływu Wniosku do PCPR:

Wypełnia Realizator

Numer wniosku:

PCPR.6113.2016

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
W RAMACH PILOTAŻOWEGO PROGRAMU „AKTYWNY SAMORZĄD”
Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym**

Wniosek 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. **(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola)**

*Wniosek należy złożyć w: Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie ul. Piłsudskiego 70/5, 37-100 Łańcut
Bądź przesać listem poleconym na powyższy adres (decyduje data stempla pocztowego).*

Termin składania wniosku dla wniosków dotyczących:

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| - roku akademickiego 2015/2016 | od 1 marca 2016 r. | do 30 marca 2016 r. |
| - roku akademickiego 2016/2017 | od 1 września 2016 r. | do 10 października 2016 r. |

1. Dane Wnioskodawcy			
imię		nazwisko	
PESEL	data urodzenia ____ / ____ / ____	płeć <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
Dowód tożsamości: <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport	seria i numer	wydany przez	
	data wydania dokumentu ____ / ____ / ____	data ważności dokumentu ____ / ____ / ____	
Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/żonaty		Gospodarstwo domowe wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne	
miejsce zamieszkania (adres) - pobyt stały			
miejsowość		ulica	numer domu/lokalu
kod pocztowy	poczta	gmina	
wielkość miejscowości zamieszkania: <input type="checkbox"/> miasto do 5 tyś mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś			
adres zameldowania (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)			
miejsowość		ulica	numer domu/lokalu
kod pocztowy	poczta	gmina	
adres korespondencyjny: <i>(jeśli jest inny od adresu zamieszkania)</i>		kontakt:	
		tel. stacjonarny	tel. komórkowy
		E-mail (o ile dotyczy)	

2. Stan prawny orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub dokumentu równoważnego

Stopień niepełnosprawności (lub niezdolność do pracy lub grupa inwalidzka)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> znaczny stopień | <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka |
| <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień | <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka |
| <input type="checkbox"/> lekki stopień | <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka |

Ważność orzeczenia:

-
- do dnia: ____ / ____ / ____
-
- ważne bezterminowo

Rodzaj niepełnosprawności:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe | |
| <input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne | |
| <input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu | |
| <input type="checkbox"/> 04-O dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> osoba niewidoma
<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma |
| <input type="checkbox"/> 05-R dysfunkcja narządu ruchu | w zakresie: <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych
<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej
<input type="checkbox"/> innym |
| <input type="checkbox"/> 06-E epilepsja | |
| <input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia | |
| <input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego | |
| <input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo – płciowego | |
| <input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne | |
| <input type="checkbox"/> 11-I inne | |
| <input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe | |

Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

-
- nie dotyczy
-
-
- porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego
-
-
- porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego

3. Aktywność zawodowa

<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: Data rozpoczęcia pracy ____ / ____ / ____	Forma zatrudnienia: <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna <input type="checkbox"/> staż zawodowy
	Czas zatrudnienia: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> na czas określony do dnia: ____ / ____ / ____
	Miejsce zatrudnienia – Nazwa pracodawcy:
	Adres pracodawcy:
	Telefon kontaktowy
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza	Nr NIP:
Działalność prowadzona na podstawie: <input type="checkbox"/> wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr <input type="checkbox"/> dokonanego w urzędzie <input type="checkbox"/> inna, <i>jaka i na jakiej podstawie</i>	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności

<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y:	Zarejestrowany w PUP jako:	Data rejestracji w PUP:
	<input type="checkbox"/> bezrobotna/y	_____ / ____ / ____
	<input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy	
	<input type="checkbox"/> nie dotyczy	

4. 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:	

5. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

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?

Nie Tak (należy uzupełnić poniższe dane)

Cel (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:						

**6. Informacja dotycząca uzyskania pomocy finansowej
w ramach programu Student, Student II, Aktywny samorząd – Moduł II**

Lp	Forma kształcenia	Liczba semestrów z uzyskanego wsparcia ze środków PFRON	Rok akademicki którego dotyczyło wsparcie	Nazwa uczelni	Wsparcie udzielone w ramach programu: a) Student b) Student II c) „Aktywny samorząd” – moduł II	Wsparcie udzielone przez: (należy podać nazwę oddziału PFRON lub nazwę samorządu)

Łączna liczba semestrów/półroczia uzyskanie wsparcia ze środków PFRON w ramach programów **Student, Student II, „Aktywny samorząd”- Moduł II**

Czy Wnioskodawca miał finansowanie ze środków PFRON semestr/półrocze/rok akademicki/rok szkolny, który powtarzał? (uzyskał co najmniej dwukrotne dofinansowanie do tego samego semestru/półroczia)

Nie Tak (należy podać poniższe dane)

lp.	Forma kształcenia	Rok akademicki / oraz semestr którego dotyczyło powtórne finansowanie	Nazwa uczelni	Powód powtarzania semestru/półroczia/roku akademickiego/roku szkolnego a- stan zdrowia b- inny powód, jaki?

7. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie w ramach kilku, poniżej wymienionych, form kształcenia lub pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia:

nie tak

(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"/> nauka w szkole policealnej	<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie
<input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia
<input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia
<input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> studia podyplomowe
<input type="checkbox"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie
<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej	<input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)

nauka odbywa się w systemie:

stacjonarnym niestacjonarnym nie dotyczy

okres trwania nauki w szkole/uczelni (ile semestrów):

data rozpoczęcia nauki/studiów:

_____ / ____ / ____

wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu:

tak nie

wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia:

tak nie

pełna nazwa uczelni / szkoły

wydział

kierunek:

adres szkoły/uczelni

województwo	powiat	miejscowość	
ulica	nr posesji	kod pocztowy	
telefon	adres http://www	adres email:	
rok nauki	semestr nauki	Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie: <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	
Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego)			<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy wnioskodawca ponownie ubiega się o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach ww. semestru/półroczna (powtarza semestr)?			<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

Informacje uzupełniające o wynikach nauki

Średnia ocen:	Skala ocen: <input type="checkbox"/> od 1 do 5 <input type="checkbox"/> 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	
Niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności. <input type="checkbox"/> Nie / <input type="checkbox"/> tak: <input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny niepełnosprawności	

8. Wnioskowana kwota dofinansowania (na jedno półrocze)

Wnioskodawca ubiega się o zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia z tytułu:

Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> tak
Wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> tak
Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z powodu barier w poruszaniu się lub z powodu barier w komunikowaniu się – w szczególności z tytułu pomocy tłumacza migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej itp.)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> tak
Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> tak

Szczegółowe informacje o możliwych kwotach dofinansowania zawarte są w informacji dołączonej do wniosku

Wnioskowana kwota dofinansowania kosztów nauki:

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródła*	Wymagany udział własny**	Kwota wnioskowana (w zł)
1. opłata za naukę (czesne) na kierunku:***				
a)				
b)				
c)				
2. opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich				
3. dodatek na pokrycie kosztów kształcenia		X	X	
Razem:				

* 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

** Szczegóły w informacji do wniosku

*** Szczegóły w informacji do wniosku

9. Dane uzupełniające

Rachunek bankowy Wnioskodawcy* na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku lub należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby. (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

nazwa banku	
numer rachunku bankowego	
właściciel konta bankowego	

10. Oświadczenia wnioskodawcy

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego 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. o dofinansowanie ze środków PFRON objętym w zakresie niniejszego wniosku, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu łancuckiego; tak \ nie
3. w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie; tak \ nie
4. Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON? tak \ nie
5. Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu? tak \ nie

Rodzaj zobowiązania:

Uwaga! – w ramach programu „Aktywny Samorząd” **nie mogą uczestniczyć** osoby które w przeszłości, były stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po ich stronie bądź posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub realizatora – wykluczenie obowiązuje w ciągu 3 lat, licząc od końca roku, w którym wygasło zobowiązanie wobec PFRON

6. przyjmuję do wiadomości, iż warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie – w dniu podpisania umowy;
7. 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;
8. zapoznałem(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłem(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcpr-lancut.pl;
9. dołączone orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/orzeczenie o niepełnosprawności (lub dokument równoważny) jest prawomocny;
10. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy.

art. 233 §1 Kto, składając zeznanie mające służyć jako dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§2 Warunkiem odpowiedzialności jest aby przyjmując zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznawanie lub odebrał od niego przyrzeczenie

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

.....
miejsowość

.....
podpis wnioskodawcy
lub opiekuna prawnego lub pełnomocnika

Źródło informacji możliwości uzyskania dofinansowania w programie

- Realizator programu (PCPR)
 PFRON
 media

- firma handlowa
 inne (jakie?)

Wymagane załączniki do wniosku (wypełnia pracownik realizatora)

Dołączono do wniosku	Uwagi
1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	
2. Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku</i>)	
3. Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku</i>) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	
4. Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	
5. Zaświadczenie z uczelni (szkoły)	
6. Inne dokumenty:	
a)	
b)	
c)	
d)	

Wnioskodawca może występować przez pełnomocnika, **ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadzonego notarialnie - pełnomocnictwo** Wnioskodawca dołącza do wniosku wraz z pisemnym oświadczeniem pełnomocnika, iż nie jest on i w ciągu ostatnich 3 lat nie był właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

Dane pełnomocnika (należy podać w przypadku ustanowienia)

imię		nazwisko	
PESEL	data urodzenia ____ / ____ / ____	płeć <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
Dowód tożsamości: <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport	seria i numer	wydany przez	
	data wydania dokumentu ____ / ____ / ____	data ważności dokumentu ____ / ____ / ____	
Adres zamieszkania			
miejscowość		ulica	numer domu/lokalu
kod pocztowy	poczta	gmina	
adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)		Kontakt:	
		tel. stacjonarny	tel. komórkowy
		e-mail (o ile dotyczy)	

Do wniosku należy dołączyć stosowne pełnomocnictwo notarialne.