

Rejestracja wniosku (Dane wypełnia pracownik Realizatora)

2. Miejsce złożenia wniosku (Realizator programu):

POWIAT ŁAŃCUCKI

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
W ŁAŃCUCIE

UL. PIŁSUDSKIEGO 70/5; 37-100 ŁAŃCUT

Tel. 17 225 69 69

e-mail: pcpr@pcpr-lancut.pl

1. Numer wniosku:

PCPR.6113. _____ .2017

3. Data wpływu wniosku do Realizatora:

Program finansowany ze środków:



**Wniosek o dofinansowanie ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych
w ramach pilotażowego programu
„AKTYWNY SAMORZĄD”**

Wniosek należy wypełnić czytelnie wpisując odpowiednie dane w miejsce pola, w przypadku pól do wyboru należy zaznaczyć znakiem „X”. 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.

Wniosek należy złożyć osobiście w siedzibie lub przesłać listem poleconym (decyduje data stempla pocztowego)

Przed wypełnieniem wniosku należy zapoznać się z zasadami programu dostępnymi na stronie internetowej
www.pfron.org.pl lub pcpr-lancut.pl

I. MODUŁ, OBSZAR I ZADANIE PROGRAMU, W RAMACH KTÓREGO WNIOSKODAWCA UBIEGA SIĘ O DOFINANSOWANIE,

Moduł: Obszar: Zadanie:

II



pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

**II. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ),
KTÓREJ WNIOSK DOTYCZY**

1. Dane personalne

imię (imiona)

nazwisko

PESEL

data i miejsce urodzenia

płeć



kobieta



mężczyzna

2. Adres

zamieszkania

zameldowania

Adres zameldowania należy podać gdy jest inny niż adres zamieszkania

kod pocztowy

miejsowość

ulica

numer domu i lokalu

3. Dokument tożsamości dowód osobisty paszport

seria i numer:	<input type="text"/>
data wydania:	<input type="text"/>
wydany przez:	<input type="text"/>
data ważności:	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> ważny bezterminowo

4. Kontakt

telefon kontaktowy:	stacjonarny	komórkowy
	<input type="text"/>	
e-mail:	<input type="text"/>	

5. Adres do korespondencji *Należy podać, gdy jest inny jak adres zamieszkania*

kod pocztowy	miejsowość	
ulica		numer domu / lokalu

5. Informacje dodatkowe

stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty

obszar zamieszkania: wieś miasto

**III. STAN PRAWNY I RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ,
WYNIKAJĄCY Z ORZECZENIA POTWIERDZAJĄCEGO STATUS
OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ WNIOSEK DOTYCZY,**

1. Stopień niepełnosprawności lub jego równoważnik:

<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> stopień równoważny dla stopnia niepełnosprawności	
<input type="checkbox"/> umiarkowany 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"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
	<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> orzeczona o niepełnosprawność do 16 roku życia		

2. Ważność orzeczenia lub dokumentu równoważnego:

ważne do dnia: bezterminowo

3. Rodzaj niepełnosprawności:

przyczyna wydania orzeczenia:	szczegółowa dysfunkcja:
<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"/> osoba głucha
<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	

- 06-E epilepsja
- 07-S choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T choroby układu pokarmowego
- 09-M choroby układu moczowo – płciowego
- 10-N choroby neurologiczne
- 11-I inne
- 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

IV. INFORMACJE DOTYCZĄCE AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ I/LUB AKTUALNIE REALIZOWANEGO ETAPU KSZTAŁCENIA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ WNIOSEK DOTYCZY

1. Aktywność zawodowa – osoba niepełnosprawna jest:

1.1) zatrudniona

a) forma zatrudnienia: stosunek pracy na podstawie umowy o pracę
 stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę
 umowa cywilnoprawna
 staż zawodowy

b) data rozpoczęcia pracy:

c) czas zatrudnienia: na czas określony do dnia:
 na czas nieokreślony

d) miejsce zatrudnienia:
nazwa pracodawcy:
adres:
(wraz z kodem pocztowym)
telefon kontaktowy:

1.2) prowadzi działalność gospodarczą:

a) nr NIP:

b) działalność prowadzona na podstawie: wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr :
 dokonanego w urzędzie:
 inna, *jaka i na jakiej podstawie:*

(Proszę podać odpowiednie Nr / nazwę urzędu / inną podstawę.)

1.3) prowadzi działalność rolniczą

a) miejsce prowadzenia działalności:

1.4) niezatrudniona

a) Zarejestrowany w PUP jako: bezrobotna/y
 poszukująca/y pracy
 nie dotyczy

b) Data rejestracji w PUP:

2. Zdobyte wykształcenie

podstawowe gimnazjalne zawodowe średnie ogólne średnie zawodowe
 policealne wyższe
 inne jakie:

**VI. INFORMACJE DOTYCZĄCE KORZYSTANIA PRZEZ WNIOSKODAWCĘ
ZE ŚRODKÓW PFRON W CIĄGU OSTATNICH 3 LAT PRZED ROKIEM,
W KTÓRYM ZŁOŻONY ZOSTAŁ WNIOSEK O DOFINANSOWANIE**

zadanie w ramach, którego udzielono wsparcia oraz instytucja udzielająca	przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej, której dotyczyło wsparcie)	numer i data zawarcia umowy	termin rozliczenia	wysokość dofinansowania	
					przyznana kwota (w zł)	rozliczona kwota (w zł)
A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.
Razem:						

**VII. INFORMACJA O KORZYSTANIU Z POMOCY PFRON W RAMACH PROGRAMU „STUDENT”, „STUDENT II”
LUB PILOTAŻOWEGO PROGRAMU „AKTYWNY SAMORZĄD”**

W kolumnie 1 należy wpisać odpowiednio formę kształcenia: **1** - szkoła policealna; **2** – kolegium; **3** - studia I stopnia; **4** - Studia II stopnia; **5** - studia jednolite magisterskie **6** - studia doktoranckie; **7** – inna, (podać jaka?)

W kolumnie 8 należy odpowiednio wpisać: **1**- w toku; **2** – zakończona pomyślnie; **3** – przerwana nauka; **4** – nie ukończona zgodnie z planem studiów

Każdą formę kształcenia lub kierunek nauki/studiów należy wymienić w oddzielnym wierszu poniższej tabeli.

Lp.	Forma kształcenia	Nazwa uczelni	Kierunek	Liczba semestrów uzyskanego wsparcia ze środków PFRON	Rok zawarcia umowy o dofinansowanie	Rok szkolny / akademicki	Liczba semestrów powtarzanych (ponowne finansowane ze środków PFRON)	Forma kształcenia zakończona zgodnie z planem studiów /nauki
	A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.	H.

Łączna liczba semestrów uzyskanego dofinansowania ze środków PFRON:

--

VIII. 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 stronę należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły (kierunku nauki) oddzielnie.)

1. 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)

1. nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym nie dotyczy

2. okres trwania nauki w szkole/uczelni: semestrów

3. data rozpoczęcia nauki/studiów:

4. wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: nie tak

5. wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: nie tak

6. pełna nazwa uczelni / szkoły:

7. wydział:

8. kierunek:

9. adres uczelni/szkoły:

województwo	powiat	miejsowość	
ulica	nr posesji	kod pocztowy	

10. kontakt do uczelni:

telefon:

adres http:

adres email::

11. semestr nauki w ramach którego wnioskodawca stara się o pomoc:

rok szkolny/akademicki rok nauki semestr nauki

12. Czy wnioskodawca ponownie ubiega się o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach ww. semestru/półroczna (**powtarza semestr**)? nie tak

13. Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego) nie tak

14. Nauka jest pobierana odpłatnie: nie tak

IX. WYSOKOŚĆ KWOTY WNIOSKOWANEJ

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

Wnioskowana kwota dofinansowania kosztów nauki (na jedno półrocze):

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszty (w zł)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł*	Udział własny**		Kwota wnioskowana ze środków PFRON (w zł)
			proc.	złotych	
1. opłata za naukę (czesne) za szkołę/ kierunek studiów: (należy wymienić kierunek nauki)					
a)					
b)					
c)					

2. dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego

- w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich

--	--	--	--	--

3. dodatek na pokrycie kosztów kształcenia

w tym zwiększenia kwoty dodatku na pokrycie kosztów kształcenia.

Wnioskodawca:

- a) ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania Nie tak
- b) posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny? Nie tak
- c) pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki Nie tak
- d) 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.) Nie tak

RAZEM WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

* 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 w Kierunkach działań oraz warunkach brzegowych obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

**X. RODZAJ GOSPODARSTWA DOMOWEGO
ORAZ WYSOKOŚĆ PRZECIĘTNEGO MIESIĘCZNEGO DOCHODU**

1. Prowadzę gospodarstwo domowe: samodzielnie wspólnie
 2. Struktura wspólnego gospodarstwa domowego oraz jej dochody:

Lp.	Stopień pokrewieństwa do wnioskodawcy np. syn, córka, współmałżonek, itp.	Źródło dochodu np. praca, renta	Przeciętny miesięczny dochód w złotych
1.	WNIOSKODAWCA		
Pozostałe osoby wspólnie gospodarujące			
zgodnie z zawartą definicją w Kierunkach działań oraz warunkach brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w bieżącym roku			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
Prowadzone jest indywidualne gospodarstwo rolne (1 975zł x <input)="" ha)<="" td="" type="text" value="1"/> <td>=</td>			=
12 miesięcy			
Łączny dochód gospodarstwa domowego:			
Liczba osób (wraz ze mną) we wspólnym gospodarstwie domowym:			

Przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu obowiązujących zasad pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”, na osobę wynosi:

słownie:

¹⁾ Powierzchnia gospodarstwa rolnego hektarach przeliczeniowych.

²⁾ Łączny dochód gospodarstwa domowego należy podzielić przez liczbę osób w gospodarstwie domowym

V. Posiadany rachunek bankowy

Rachunek bankowy Wnioskodawcy* na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (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)

1. numer rachunku:

2. nazwa banku:

3. dane właściciela konta:

XII. 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 objęte zakresem niniejszego wniosku, **ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu łancuckiego;**

tak \ nie

3. Nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON - za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego).
4. W ciągu ostatnich 3 lat byłem(am)\ nie byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie;
5. Wymagalne zobowiązania wobec:

5.1 **PFRON:** posiadam \ nie posiadam

5.2 **Realizatora programu:** posiadam \ nie posiadam

W przypadku gdy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub Realizatora programu należy podać zakres i wysokość zobowiązań:

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. Nie otrzymałem(am) w bieżącym roku, na podstawie odrębnego wniosku - dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków PFRON na cel objęty umową dofinansowania.
 7. Posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego określone w zasadach programu.
 8. 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;
 9. 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.
 10. 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;
 11. O wszystkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku bezzwłocznie poinformuję Realizatora programu;
 12. Dołączone orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/orzeczenie o niepełnosprawności (lub dokument równoważny) jest prawomocne;
-

13. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy szkoły/uczelni lub na rachunek wnioskodawcy na warunkach zawartych w umowie;

Zapoznałem(am) się z powyższymi oświadczeniami

Warunki, o których mowa w punktach: 1, 3, 6 – 13 powyższych oświadczeń:

spełniam \ nie spełniam w punkcie:

miejsowość:

dnia:

czytelny podpis
Wnioskodawcy/Pełnomocnika

art. 233 §1 *Kto, składając zeznanie mające służyć za 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 przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.*

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.

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.

XIII. Wymagane załączniki do wniosku

Nazwa dokumentu / załącznika	Nr załącznika	Uwagi
1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)		
2. Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do Regulaminu Dofinansowań Pilotażowego Programu „Aktywny Samorząd” w Powiecie Łańcuckim</i>) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu		
3. Zaświadczenie z uczelni (szkoły) (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załącznika nr 8 do Regulaminu ...</i>)		
Inne dokumenty:		