

1. 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

2. Data wpływu wniosku do Realizatora programu:

3. Numer wniosku:

PCPR.6113.

.2018



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

**WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW
PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
W RAMACH PILOTAŻOWEGO PROGRAMU
„AKTYWNY SAMORZĄD”**

Program finansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Wniosek należy wypełnić czytelnie wpisując odpowiednie dane w miejsce pola, w przypadku puł 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 WNIOSEK DOTYCZY**

1. Dane personalne

imię (imiona)		
nazwisko		
PESEL		
data i miejsce urodzenia		
płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> 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:	<input type="text"/> Stacjonarny	<input type="text"/> komórkowy
e-mail:	<input type="text"/>	

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

<input type="text"/> kod pocztowy	<input type="text"/> miejscowość
<input type="text"/> ulica	<input type="text"/> 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):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia |
| <input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego |
| <input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu | <input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo – płciowego |
| <input type="checkbox"/> 04-O dysfunkcja narządu wzroku: | <input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne |
| <input type="checkbox"/> 05-R dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> 11-I inne |
| <input type="checkbox"/> 06-E epilepsja | <input type="checkbox"/> 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 Powiatowym Urzędzie Pracy jako:

- bezrobotna/y poszukująca/y pracy nie dotyczy

b) Data rejestracji w Powiatowym Urzędzie Pracy:

2. Zdobyte wykształcenie

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

**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 zgonie 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:

Wnioskodawca nie korzystał nigdy wyżej podanego dofinansowania

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)

2. Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym nie dotyczy

3. Okres trwania nauki w szkole/uczelni: semestrów

4. Data rozpoczęcia nauki/studiów:

5. Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: nie tak

6. Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: nie tak

7. Pełna nazwa uczelni / szkoły:

Wydział:

8. Kierunek:

9. Adres uczelni/szkoły:

województwo	powiat	miejscowość	
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 stara się o ponowne wsparcie wcześniej dofinansowanego semestru / półrocza / roku szkolnego lub akademickiego (powtarza semestr): nie tak

13. Czy Wnioskodawca studiuje w przyspieszonym trybie: 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)					

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

--	--

3a. Zwiększenia kwoty dodatku na pokrycie kosztów kształcenia.

Wnioskodawca (osoba niepełnosprawna):

- 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 lub studiuje w przyspieszonym trybie: Nie Tak
- d) jest osoba poszkodowana w 2017 lub w 2018 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych: Nie Tak
- e) ponosi dodatkowe koszty z powodu barier w poruszaniu się (w szczególności dla osoby, która porusza się na wózku inwalidzkim, jest osobą niewidomą – znaczny stopień niepełnosprawności z przyczyną niepełnosprawności 04-O) lub z powodu barier w komunikowaniu się w szczególności z tytułu pomocy tłumacza migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej: Nie Tak

RAZEM WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA:

--	--	--	--

* 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. UZASADNIENIE WNIOSKU

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

**XI. 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,.	Źródło dochodu np. praca, renta	Przeciętny miesięcznym 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 (2 577 zł x ¹⁾ <input type="text"/> ha)			=
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:

²⁾ złotych

słownie:

¹⁾ Powierzchnia gospodarstwa rolnego hektarach przeliczeniowych.

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

XII. 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:

XIII. 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 łańcuckiego;**

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(am) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłem(am) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: pfron.org.pl, a także: pcp-r-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, przelanie 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

itp. 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 poświadczanego 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 zarządzeniem tych firm poprzez itp.: 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.

XIV. 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 załączniku nr 8 do Regulaminu</i>)		
4. Zaświadczenie z zakładu pracy (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 9 do Regulaminu) – dotyczy osób zatrudnionych		
5. Kserokopia Karty Dużej Rodziny – o ile dotyczy		
Inne dokumenty:		