



REALIZATOR PROGRAMU:  
 POWIAT ŚWIECKI  
 POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE  
 ul. Wojska Polskiego 195a 86-100 Świecie  
 tel. 52 56 83 204



program finansowany ze środków PFRON

PCPR.500.2. ....2018. ....  
 nr rej. .... /2018

DATA WPŁYWU WNIOSKU  
 (wypełnia realizator programu)

## WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

### Moduł II

### POMOC W UZYSKANIU WYKSZTAŁECENIA 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.

#### 1. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY:

Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.

PESEL

Dowód osobisty seria ..... numer .....

wydany w dniu.....r. przez..... data ważności .....r.

#### MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy   -    .....  
 (poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....

Województwo .....

miasto do 5 tys. mieszkańców  inne miasto  wieś

#### ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy   -    .....  
 (poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....

Województwo .....

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania) .....

Kontakt telefoniczny: nr tel. .... / e-mail (o ile dotyczy): .....

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu:

- firma handlowa  - media  - Realizator programu  - PFRON  - inne, jakie: .....

#### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY:

znaczny stopień  umiarkowany stopień  lekki stopień

całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji

I grupa inwalidzka

całkowita niezdolność do pracy

II grupa inwalidzka

częściowa niezdolność do pracy

III grupa inwalidzka

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:  okresowo do dnia: .....  bezterminowo

#### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

01-U upośledzenie umysłowe

02-P choroby psychiczne

03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

04-O choroby narządu wzroku

05-R- upośledzenie 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

#### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

zatrudniony  niezatrudniona/y  zarejestrowany w PUP jako:  bezrobotna/y,  poszukująca/y pracy

**ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE:**

ponadgimnazjalne, jakie: \_\_\_\_\_  wyższe, jakie: \_\_\_\_\_  
 inne jakie: \_\_\_\_\_

**OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ**

szkoła policealna  studia podyplomowe  kolegium, jakie: \_\_\_\_\_  
 studia (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)  studia doktoranckie  inna jaka: \_\_\_\_\_

**DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY i/lub SZKOŁY/UCZELNI  
na które zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku**

Numer rachunku bankowego Wnioskodawcy \* \_\_\_\_\_

Nazwa banku \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko oraz adres posiadacza rachunku bankowego \_\_\_\_\_

Numer rachunku bankowego Uczelni (o ile dotyczy) \_\_\_\_\_

Nazwa banku \_\_\_\_\_

\* - należy wskazać dane rachunku bankowego Wnioskodawcy lub wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym bądź wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby (w załączeniu oświadczenie sporządzone wg wzoru stanowiącego załącznik nr 6 do formularza wniosku)

**2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

A. Czy Wnioskodawca otrzymał wcześniej (w poprzednich latach) na podstawie innego wniosku, dofinansowanie w ramach programu STUDENT, STUDENT II lub Aktywny samorząd – moduł II?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
B. Jeżeli zaznaczono w pkt. A tak, proszę podać ilość dofinansowanych semestrów (łącznie):	_____

Jeżeli wnioskodawca otrzymał wcześniej (w poprzednich latach) na podstawie innego wniosku, dofinansowanie w ramach STUDENT, STUDENT II lub Aktywny samorząd – moduł II, jaka forma kształcenia była dofinansowana:

\_\_\_\_\_

Oddział (oddziały) PFRON, PCPR/MOPR który(e) przyznał(y) dofinansowanie: \_\_\_\_\_

Sprawdzenie danych zawartych w pkt. A i B z dokumentacją PCPR (wypełnia PCPR)

\_\_\_\_\_

C. Czy Wnioskodawca uzyskał dofinansowanie na bieżące półrocze roku szkolnego/akademickiego: tak  nie  nie dotyczy

Jeżeli TAK to proszę wskazać: źródło finansowania \_\_\_\_\_ oraz wysokość dofinansowania \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**D. Czy Wnioskodawca korzystał (w ciągu ostatnich 3 lat licząc od dnia złożenia wniosku) ze środków PFRON**(w tym poprzez jednostki samorządu powiatowego – PCPR lub MOPR): tak  nie 

Lp.	Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
		<b>Razem kwota przyznana:</b>		<b>Razem kwota rozliczona:</b>	

**POTWIERDZENIE DANYCH:**

1. PCPR: \_\_\_\_\_
2. PFRON: \_\_\_\_\_

Lp.	Czy Wnioskodawca:	TAK <sup>1</sup>	NIE <sup>1</sup>
1	posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON?		
2	posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu?		
<i>jeżeli zaznaczono tak w pkt. 1 i/lub 2, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: _____ Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął</i>			
3	ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania?		
4	posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny?		
5	ponosi dodatkowe koszty z powodu barier w poruszaniu się?		
	Jeżeli tak to czy:		
	- korzysta z asystenta osoby niepełnosprawnej?		
	- inne, jakie: _____		
6	Czy Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z powodu barier w komunikowaniu się?		
	Jeżeli tak to czy korzysta:		
	- z asystenta osoby niepełnosprawnej lub tłumacza migowego?		
	- inne, jakie: _____		
7	Czy Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki?		
8	Czy Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?		

<sup>1</sup> proszę wstawić znak „x” we właściwej rubryce

**3. Informacje o nauce pobieranej przez Wnioskodawcę**

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

**1) 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 drugiego stopnia z podyplomowymi	<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie
<input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskie	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej	<input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej
<input type="checkbox"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych	<input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	

przeprowadzenie przewodu doktorskiego (*dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich*)

**A. Okres trwania nauki w szkole** \_\_\_\_\_ **(ilość semestrów)**

**B. Data rozpoczęcia nauki/ studiów** \_\_\_\_\_

**C. Nauka odbywa się w systemie:**  stacjonarnym  niestacjonarnym  nie dotyczy

**D. Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu:**  tak  nie

**E. Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:**  tak  nie

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

**G. Wnioskodawca pobiera naukę w przyspieszonym trybie:**  tak  nie

**H. Wnioskodawca pobiera naukę w spowolnionym trybie:**  tak  nie

**I. Pełna nazwa szkoły i adres szkoły:** \_\_\_\_\_

Wydział: \_\_\_\_\_

Kierunek nauki: \_\_\_\_\_

Specjalność: \_\_\_\_\_

Rok nauki: \_\_\_\_\_

Semestr nauki: \_\_\_\_\_

**Jeżeli Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia, proszę o wypełnienie:**

**2) Druga 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 drugiego stopnia z podyplomowymi	<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie
<input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskie	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej	<input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej
<input type="checkbox"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych	<input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	

przeprowadzenie przewodu doktorskiego (*dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich*)

**A. Okres trwania nauki w szkole** \_\_\_\_\_ **(ilość semestrów)**

**B. Data rozpoczęcia nauki/ studiów** \_\_\_\_\_

**C. Nauka odbywa się w systemie:**  stacjonarnym  niestacjonarnym  nie dotyczy

**D. Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu:**  tak  nie

**E. Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:**  tak  nie

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

G. Wnioskodawca pobiera naukę w przyspieszonym trybie:  tak  nie

H. Wnioskodawca pobiera naukę w spowolnionym trybie:  tak  nie

J. Pełna nazwa szkoły i adres szkoły: \_\_\_\_\_

Wydział: \_\_\_\_\_

Kierunek nauki: \_\_\_\_\_

Specjalność: \_\_\_\_\_

Rok nauki: \_\_\_\_\_

Semestr nauki: \_\_\_\_\_

#### 4. Zakres rzeczowy i finansowy wnioskowanego dofinansowania:

Lp.	Rodzaje kosztów	Wartość ogółem (w zł)
1.	Oплата za naukę (czesne) uiszczona:	
<input type="checkbox"/>	za rok szkolny/akademicki, jaki: _____	
<input type="checkbox"/>	za semestr, jaki: _____	
<input type="checkbox"/>	za miesiące, jakie: _____	
2.	Oплата za naukę (czesne) <u>pozostała do zapłaty</u> (o ile dotyczy):	
<b>Oплата za chesne RAZEM:</b>		
3.	Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania ŁĄCZNIE:</b>		
(słownie złotych: _____ )		

#### 5. Uzasadnienie:

1) Przedmiot dofinansowania przyczyni się do wyeliminowania lub zmniejszenia barier ograniczających uczestnictwo w życiu społecznym i/lub zawodowym i/lub w dostępie do edukacji:  tak  nie

2) Uzasadnienie wyboru przedmiotu dofinansowania:

---



---



---



---



---

**Oświadczam, że:**

1. jestem osobą  **zatrudnioną**  **niezatrudnioną** i (należy wypełnić w przypadku osób zatrudnionych)  
 **otrzymuję**  **nie otrzymuję** od pracodawcy środki/środków na pokrycie kosztów nauki.
2. 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;
3. 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.pfzon.org.pl](http://www.pfzon.org.pl), a także: <http://pcpr-swiecie.rbip.mojregion.info>
4. przyjmuję do wiadomości, iż warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie – w dniu podpisania umowy;
5. przyjmuję do wiadomości, iż wysokość dofinansowania uzależniona będzie od możliwości finansowych PFRON
6. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że Realizator programu w uzasadnionych przypadkach, w celu rozpoznania sprawy, może żądać dodatkowych dokumentów (zaświadczeń),
7. nie mam zaległości wobec Funduszu oraz, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłem stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
8.  **otrzymałem(am)**  **nie otrzymałem(am)** dofinansowanie(a) ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016r., poz. 2046 ze zm.), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON i (należy wypełnić w przypadku osób, które otrzymały dofinansowanie),  
 **nie naruszyłem(am)** warunki(ów) umowy,  **naruszyłem (am)** warunki(ów) umowy (między innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy)  
i  **doprowadziłem(am)**,  **nie doprowadziłem(am)** do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku ,
9. **nie ubiegam się i nie będę się ubiegać w bieżącym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON- za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)**
10. ponoszę wydatki związane z wybieraniem nauki, o których mowa w programie pilotażowym „Aktywny samorząd” Moduł II pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym
11. przyjmuję do wiadomości, iż jestem zobowiązany(a) zgłosić bezzwłocznie do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku

*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 zastrzeżeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.*

..... dnia ...../...../ 2018 r.

(miejscowość)

(dzień/miesiąc)

.....  
**Podpis Wnioskodawcy**

## 6. Załączniki wymagane do wniosku

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono (zaznaczyć właściwie)	Nie dotyczy	Uzupełniono (zaznaczyć właściwie)	Data uzupełnienia
				wypełnia PCPR	
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważne- załącznik nr 1 do wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości dochodu (załącznik nr 2 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego.* <b>Uwaga!</b> Wzór określony w załączniku nr 3 do wniosku <b>nie dotyczy</b> 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.* <b>Uwaga!!!</b> W przypadku osób pobierających naukę na <b>studiach drugiego stopnia z podyplomowymi</b> właściwa jednostka organizacyjna szkoły wystawia dokumenty potwierdzające rozpoczęcie kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do wniosku).*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Oświadczenia o <u>wspólnym</u> rachunku bankowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 6 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz współwłaściciela rachunku bankowego (współwłaściciel rachunku bankowego wypełnia również oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych – sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	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"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Kserokopia aktualnej (ważnej) Karty Dużej Rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Kopia decyzji o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej- wystawiona na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej lub potwierdzenie przez właściwą jednostkę (pomocy społecznej, straży pożarnej, Policji) o zdarzeniu losowym skutkującym stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Inne (proszę wymienić jakie):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\*zaświadczenie wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 30 dni przed dniem złożenia wniosku

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz <http://pcpr-swiecie.rbip.mojregion.info>