



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



PCPR.500.6.2016.
 nr rej. /2016

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 urodzeniar.

PESEL

Dowód osobisty seria numer

wydany w dniu.....r. przez..... data ważnościr.

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
(poczt)

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 -
(poczt)

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:

znaczący stopień	umiarkowany stopień	lekki stopień
całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	całkowita niezdolność do pracy	częściowa niezdolność do pracy
I grupa inwalidzka	II grupa inwalidzka	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
		Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:	

POTWIERDZENIE DANYCH:

1. PCPR: _____
2. PFRON: _____

Lp.	Czy Wnioskodawca:	TAK ¹	NIE ¹
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: _____</i> <i>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?		

¹ 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:

jednolite studia magisterskie	studia pierwszego stopnia	studia drugiego stopnia
studia drugiego stopnia z podyplomowymi	studia podyplomowe	studia doktoranckie
nauka w kolegium nauczycielskie	nauka w szkole policealnej	nauka na uczelni zagranicznej
nauka w kolegium pracowników służb społecznych	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. 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:

jednolite studia magisterskie	studia pierwszego stopnia	studia drugiego stopnia
studia drugiego stopnia z podyplomowymi	studia podyplomowe	studia doktoranckie
nauka w kolegium nauczycielskie	nauka w szkole policealnej	nauka na uczelni zagranicznej
nauka w kolegium pracowników służb społecznych	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. 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.	Opłata za naukę (czesne) uiszczona:	
	za rok szkolny/akademicki, jaki: _____	
	za semestr, jaki: _____	
	za miesiące, jakie: _____	
2.	Opłata za naukę (czesne) pozostała do zapłaty (o ile dotyczy):	
Opłata za chesne RAZEM:		
3.	Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:	
Wnioskowana kwota dofinansowania ŁĄCZNIE:		
(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.pfron.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 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. 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 pobieraniem 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/...../ 2016 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.* Uwaga! Wzór określony w załączniku 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"/>	<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"/>	
5.	Oświadczenie o zatrudnieniu bądź o niezatrudnieniu (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do formularza wniosku)	<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.	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.pfon.org.pl oraz <http://pcpr-swiecie.tbip.mojregion.info>