

Wpłynęło:

Nr sprawy:

Państwowy Fundusz

Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



Wypełnia Realizator programu

Program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK "P"

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

Moduł II - Pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

(wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu)

1. Informacje Wnioskodawcy

DANE PERSONALNE

Imię..... Nazwisko..... Płeć: kobieta mężczyzna

Data urodzeniar. PESEL

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu..... r.

Przez.....

Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

ADRES ZAMELDOWANIA

Kod pocztowy -
(poczt)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

obszar wiejski

miasto do 5 tys. mieszkańców

miasto powyżej 5 tys. mieszkańców

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zameldowania)

Kod pocztowy -
(poczt)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok.

Powiat

Województwo.....

obszar wiejski miasto do 5 tys. mieszkańców

miasto powyżej 5 tys. mieszkańców

Adres korespondencyjny:

(jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

.....

.....

Kontakt telefoniczny:

nr kier.nr telefonu

nr tel. komórkowego:.....

e'mail

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu:

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

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo/na stałe

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Niepełnosprawność sprzężona (dwie lub więcej przyczyn niepełnosprawności): TAK NIE

Niepełnosprawność/-ci wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy/-e kod/-y/symbol/-e):

<input type="checkbox"/> brak kodu/symbolu – niepełnosprawność z powodu uszkodzenia narządu	<input type="checkbox"/> 01-U	<input type="checkbox"/> 04-O	<input type="checkbox"/> 07-S	<input type="checkbox"/> 10-N
	<input type="checkbox"/> 02-P	<input type="checkbox"/> 05-R	<input type="checkbox"/> 08-T	<input type="checkbox"/> 11-I
	<input type="checkbox"/> 03-L	<input type="checkbox"/> 06-E	<input type="checkbox"/> 09-M	<input type="checkbox"/> 12-C

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

bezrobotny/-a poszukujący/-a pracy niezatrudniona/-y od dnia: nie dotyczy

<input type="checkbox"/> zatrudniona/-y na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> zatrudniona/-y od dnia: do dnia: <input type="checkbox"/> inny, jaki:	Nazwa pracodawcy:
	Adres miejsca pracy:
<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	Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr..... dokonanego w urzędzie:
Nr NIP:	<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:

<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności:
---	---

3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł II

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

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

Okres trwania nauki w szkole (*ilość semestrów*): Data rozpoczęcia nauki/studiów

Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym nie dotyczy

Naukę pobieram poza miejscem zamieszkania: tak nie

Naukę pobieram za pośrednictwem Internetu: tak nie

Naukę pobieram na kilku kierunkach danej formy kształcenia: tak nie

Pełna nazwa i adres szkoły:

Województwo: Powiat:

Adres strony internetowej szkoły: www..... Nr telefonu

Wydział:

Kierunek nauki:

Nauka na wskazanym kierunku jest odpłatna: tak nie

Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych tak nie

(lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego)

Rok nauki: Semestr nauki:

Średnia ocen*: w skali:

* 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.

4. Wnioskowana kwota dofinansowania na semestr/półrocze:

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt całkowity (w zł)	Dofinansowanie / stypendium ze źródeł innych niż PFRON *	Kwota wnioskowana z PFRON (w zł)
Opłata za naukę (czesne):**			
Opłata za naukę (czesne):**			
Opłata za naukę (czesne):**			
Opłata za naukę (czesne):**			
Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich.			
DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA			
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

** należy wpisać kierunek studiów/nauki

5. Informacje uzupełniające

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,

na który zostaną przekazane środki finansowe w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

nazwa banku.....

numer rachunku bankowego.....

dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania

nazwa banku.....

numer rachunku bankowego.....

Data uzupełnienia i czytelny podpis

Oświadczam, że informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oraz że podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.

.....
/miejscowość, data/

.....
/czytelny podpis wnioskodawcy*/

1. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących do wniosków załączników należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznana będzie za doręczoną.

2. 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.

.....
/miejscowość, data/

.....
/czytelny podpis wnioskodawcy*/

1. Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony na kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł: zł netto

słownie:

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

2. Oświadczam, że o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Elckiego: tak nie

3. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak nie

4. Oświadczam, że zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam/przyjąłem do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.pcpr.elk.pl

.....
/miejsowość, data/

.....
/czytelny podpis wnioskodawcy*/

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w treści wniosku oraz w dołączonych dokumentach dla potrzeb niezbędnych do procesu rozpatrywania wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) oraz wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych przez Powiat Elcki oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie.

.....
/miejsowość, data/

.....
/czytelny podpis wnioskodawcy*/

) 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.

7. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe:

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
Nazwa załącznika				
1	<p>Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (<i>sporządzony wg wzoru określonego w Załączniku nr 1 do wniosku</i>), a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego.</p> <p><i>Uwaga! Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia odrębny dokument dla każdej szkoły lub kierunku nauki. Wzór określony w Załączniku nr 1 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.</i></p>	<input type="checkbox"/>		
2	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego.			
3	W przypadku studentów odbywających staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej – wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający zakwalifikowanie na staż a w przypadku studentów, którzy w dniu złożenia wniosku odbywają staż, także dokument potwierdzający odbywanie tego stażu.			
4	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki - <i>jeżeli tak, to w jakiej wysokości.</i>			
Dodatkowe załączniki (należy wymienić):				
5				
6				
7				

UWAGA

1. We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy".

2. 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.