

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

**WNIOSEK „M-II”
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego
programu „Aktywny samorząd”**

Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

**INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM
WNIOSKODAWCY**

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES ZAMIESZKANIA (POBYT STAŁY)

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	

Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

ADRES ZAMELDOWANIA

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY

- średnie ogólne
 średnie zawodowe
 policealne
 wyższe
 inne, jakie:

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

- Nie dotyczy

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Wartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- 05-R – narząd ruchu
- Wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
 - Dysfunkcja obu kończyn górnych
- 04-O – narząd wzroku
- osoba niewidoma
 - osoba głuchoniewidoma

Inne przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- osoba głucha
 - osoba głuchoniema
- 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

Nazwa pola	Wartość
Niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY

- nie dotyczy
- nieaktywna/y zawodowo
- bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)
- Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):
- poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)
- działalność gospodarcza
- działalność rolnicza
- zatrudniony

Informacje dotyczące zatrudnienia (o ile dotyczy)

Forma zatrudnienia	Osoba jest zatrudniona od dnia
<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	

INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON na dofinansowanie do edukacji na poziomie wyższym:

tak nie

Data otrzymania dofinansowania (dzień, miesiąc, rok)	Rok studiów	Semestr	Forma studiów	Wydział	Kierunek

Czy Wnioskodawca korzystał z dofinansowania ze środków PFRON w ramach innych zadań niż dofinansowanie do edukacji w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie):

tak nie

Zadanie	Kwota dofinansowania

Zobowiązania wobec PFRON i Realizatora programu

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:

tak nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:

tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

Wnioskodawca otrzymał na pokrycie kosztów wskazanych w poniższej tabeli dofinansowanie (stypendium) z innych źródeł, tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych, innych:

tak nie

Jeżeli tak, należy podać rodzaj kosztu jaki został/zostanie dofinansowany z innych źródeł (należy podać nazwę źródła i wysokości pomocy), formę, kierunek nauki, w ramach której Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie w okresie objętym dofinansowaniem ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:

tak nie

ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU

- firma handlowa
 media
 Realizator programu
 PFRON
 inne, jakie:

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo:

indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód Wnioskodawcy (dotyczy gospodarstwa indywidualnego):

Liczba osób w gospodarstwie domowym wraz z Wnioskodawcą (dotyczy gospodarstwa wspólnego):

Stopień pokrewieństwa	Średni dochód

Wniosek nr:

Aktywny samorząd – Moduł II

Średni dochód na członka gospodarstwa domowego (dotyczy gospodarstwa wspólnego):

FORMA KSZTAŁCENIA KTÓRA MA ZOSTAĆ DOFINANSOWANA NA PODSTAWIE NINIEJSZEGO WNIOSKU

Czy Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie z PFRON na ten sam semestr:

tak nie

I. Kierunek

- | | |
|--|---|
| <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 w uczelni zagranicznej
<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)
<input type="checkbox"/> szkoła doktorska |
|--|---|

Nazwa pola	Wartość
Nauka odbywa się w systemie:	<input type="checkbox"/> stacjonarnym <input type="checkbox"/> niestacjonarnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy
System niestacjonarny:	<input type="checkbox"/> zaoczny <input type="checkbox"/> wieczorowy <input type="checkbox"/> eksternistyczny
Nauka za pośrednictwem internetu:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Rok akademicki/szkolny:	
Semestr nauki:	
Data rozpoczęcia semestru:	
Data zakończenia semestru:	

DANE UCZELNI/SZKOŁY

I. Kierunek

Nazwa pola	Wartość
Rodzaj uczelni:	<input type="checkbox"/> uczelnia wyższa <input type="checkbox"/> inna

Pełna nazwa szkoły (uczelnia wyższa):	
Pełna nazwa szkoły lub jednostki, w której otwarty został przewód doktorski:	
Województwo:	
Powiat:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Ulica:	
Nr budynku:	
Telefon:	
Adres WWW:	
Wydział:	
Kierunek:	
Specjalność:	

WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE)

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:

tak nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztów opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za naukę (czesne):

tak nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty za naukę (czesne):	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztu opłaty za naukę (czesne) – z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

Wnioskodawca stara się o dodatek na pokrycie kosztów kształcenia: tak nie

Dodatek na pokrycie innych kosztów kształcenia - niezależnie od liczby kierunków/form kształcenia	Maksymalna kwota dofinansowania, zgodnie z zasadami programu	Kwota wnioskowana (nie może być wyższa od kwoty maksymalnej)
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca posiada podpis elektroniczny lub Profil Zaufany na platformie ePUAP i składa wnioski o dofinansowanie do edukacji w Systemie SOW:	800 zł	
Podstawowa kwota dodatku:	1000 zł	
Zwiększenie w sytuacjach, które określił Realizator programu (PCPR) - kryteria dostępne u Realizatora programu:	700 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:	500 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca posiada Kartę Dużej Rodziny:	300 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki:	300 zł	
Zwiększenie w przypadku studiów/nauki w przyspieszonym trybie:	200 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawcą jest osobą poszkodowaną w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:	300 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego:	300 zł	
Suma:	X	

Maksymalna przyznana kwota dodatku na pokrycie kosztów kształcenia:

- Może być równa kwocie maksymalnej w przypadku gdy:
 - a) Wnioskodawca pobiera naukę na studiach III stopnia (doktoranckich)
 - b) Wnioskodawca pobiera naukę na studiach II stopnia (magisterskich uzupełniających)
 - c) Wnioskodawca pobiera naukę co najmniej na trzecim roku nauki w ramach wszystkich form edukacji
- Może stanowić do 75 % kwoty maksymalnej w przypadku gdy:
 - a) Wnioskodawca pobiera naukę w ramach form kształcenia trwających tylko jeden rok
 - b) Wnioskodawca pobiera naukę na drugim roku nauki w ramach wszystkich form edukacji
- Może stanowić do 50% kwoty maksymalnej w przypadku gdy:
 - a) Wnioskodawca pobiera naukę na pierwszym roku nauki w ramach wszystkich form edukacji.

W kolumnie: "Wnioskowana kwota dofinansowania" Wnioskodawca wypełnia te wiersze, które go dotyczą.

II. Kierunek

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

Nazwa pola	Wartość
Nauka odbywa się w systemie:	<input type="checkbox"/> stacjonarnym <input type="checkbox"/> niestacjonarnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy
System niestacjonarny:	<input type="checkbox"/> zaoczny <input type="checkbox"/> wieczorowy <input type="checkbox"/> eksternistyczny
Nauka za pośrednictwem internetu:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Rok akademicki/szkolny:	
Semestr nauki:	
Data rozpoczęcia semestru:	
Data zakończenia semestru:	

DANE UCZELNI/SZKOŁY
II. Kierunek

Nazwa pola	Wartość
Rodzaj uczelni:	<input type="checkbox"/> uczelnia wyższa <input type="checkbox"/> inna
Pełna nazwa szkoły (uczelnia wyższa):	
Pełna nazwa szkoły lub jednostki, w której otwarty został przewód doktorski:	
Województwo:	
Powiat:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Ulica:	
Nr budynku:	
Telefon:	

Adres WWW:	
Wydział:	
Kierunek:	
Specjalność:	

WNOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE)

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:

tak nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztów opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za naukę (czesne):

tak nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty za naukę (czesne):	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztu opłaty za naukę (czesne) – z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

III. Kierunek

- | | |
|--|---|
| <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 w uczelni zagranicznej
<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)
<input type="checkbox"/> szkoła doktorska |
|--|---|

Nazwa pola	Wartość
Nauka odbywa się w systemie:	<input type="checkbox"/> stacjonarnym <input type="checkbox"/> niestacjonarnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy
System niestacjonarny:	<input type="checkbox"/> zaoczny <input type="checkbox"/> wieczorowy <input type="checkbox"/> eksternistyczny

Nauka za pośrednictwem internetu:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Rok akademicki/szkolny:	
Semestr nauki:	
Data rozpoczęcia semestru:	
Data zakończenia semestru:	

DANE UCZELNI/SZKOŁY

III. Kierunek

Nazwa pola	Wartość
Rodzaj uczelni:	<input type="checkbox"/> uczelnia wyższa <input type="checkbox"/> inna
Pełna nazwa szkoły (uczelnia wyższa):	
Pełna nazwa szkoły lub jednostki, w której otwarty został przewód doktorski:	
Województwo:	
Powiat:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Ulica:	
Nr budynku:	
Telefon:	
Adres WWW:	
Wydział:	
Kierunek:	
Specjalność:	

WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE)

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:

 tak nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztów opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za naukę (czesne):

 tak nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty za naukę (czesne):	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztu opłaty za naukę (czesne) – z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

PODSUMOWANIE

Nazwa pola	Wartość
Całkowity koszt opłaty za naukę (wszystkie kierunki/formy edukacji):	
Udział własny (wszystkie kierunki/formy edukacji):	
Wnioskowana kwota dofinansowania (wszystkie kierunki/formy edukacji):	
Procentowy udział własny wnioskodawcy:	
Udział kwoty wnioskowanej w całkowitych kosztach opłaty:	

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Nazwa pola	Wartość
Średnia ocen w poprzednim semestrze w ramach wszystkich form edukacji i kierunków:	

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku
(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Wartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku	

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.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy
<i>Data, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i>		<i>Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i>