###### Data wpływu:

[cid:_1_06893F34068939CC003644D8C1258131cid:_1_06893F34068939CC003644D8C1258131](http://www.pfron.org.pl/)

Nr sprawy:

*……./2018*

*Wypełnia Realizator programu – PCPR w Brzozowie program finansowany ze środków PFRON*

WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

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

**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.**

|  |
| --- |
| Moduł II  pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym  (dawny STUDENT) |

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE PERSONALNE**  Imię.....................................................Nazwisko....................................................... Data urodzenia ..............................r.  Dowód osobisty seria ........................ numer ............................... wydany w dniu.........................................................r.  przez........................................................................................................................... ważny do ……………….……….. r.  PESEL Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty  Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna)   wspólne kobieta mężczyzna | | |
| **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 lokalu ................................  Powiat .....................................................................  Województwo ........................................................ |
| Adres korespondencyjny (**jeśli jest inny od adresu zamieszkania**): | | **Kontakt telefoniczny**: nr kier. ..... nr telefonu.......................  nr tel. komórkowego:...............................................................  e’mail (*o ile dotyczy*): ............................................................. |
| Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu | - firma handlowa - media - **Realizator programu** - PFRON - inne, jakie: | |

#### **Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem:** [**www.pfron.org.pl**](http://www.pfron.org.pl) **oraz www.pcprbrzozów.pl**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | | | | | | | | | | | | | |
| całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | | | | | | | znaczny stopień | | | | | I grupa inwalidzka | |
| całkowita niezdolność do pracy | | | | | | | umiarkowany stopień | | | | | II grupa inwalidzka | |
| częściowa niezdolność do pracy | | | | | | | lekki stopień | | | | | III grupa inwalidzka | |
| Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: .............................................. bezterminowo | | | | | | | | | | | | | |
| **RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | | | | | | | | | | | | | |
| **NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie: | | | | | **obu** kończyn górnych   **jednej** kończyny górnej | | | | | | | | |
| **obu** kończyn dolnych | | | | | **jednej** kończyny dolnej | | | | | | innym | | |
| **Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  **Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  **Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie** **przy pomocy wózka inwalidzkiego:** | | | | | | | | | | | | | |
| **NARZĄD WZROKU 04-O**  **osoba niewidoma   osoba głuchoniewidoma** | | | **Lewe oko:**  Ostrość wzoru (w korekcji):...........................  Zwężenie pola widzenia: ................... stopni | | | | | | | **Prawe oko:**  Ostrość wzoru (w korekcji):...........................  Zwężenie pola widzenia: .................... stopni | | | |
| **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol* ): | | | | | | | | | | | | | |
| **01-U** upośledzenie  umysłowe | | **03-L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu  **- OSOBA GŁUCHA** | | | | **07-S** choroby układu oddechowego  i krążenia | | | **09-M** choroby układu moczowo - płciowego | | | | **11-I** inne |
| **02-P**  choroby psychiczne | | **06-E** epilepsja | | | | **08-T** choroby układu pokarmowego | | | **10-N**  choroby neurologiczne | | | | **12-C** całościowe zaburzenia rozwojowe |
|  | AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA | | | | | | | | | | | | |
| **niezatrudniona/y: od dnia:**............................., **zarejestrowany w PUP jako: bezrobotna/y poszukująca/y pracy**  **renta emerytura nie dotyczy** | | | | | | | | | | | | | |
| **zatrudniona/y: od dnia:**...................... **do dnia:** ..........................................  **na czas nieokreślony inny, jaki: ....................................................** | | | | | | | | **Nazwa pracodawcy**: …………………………………...  …......................................................................................  **Adres miejsca pracy**: .....................................................  …………………………………………………………. | | | | | |
| stosunek pracy na podstawie umowy o pracę  stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru,   mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę  umowa cywilnoprawna (umowa zlecenie, umowa o dzieło)  staż zawodowy | | | | | | | | **Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:**  ………………………………………………..……….. | | | | | |
| **działalność gospodarcza**  **Nr NIP:** ...................................... | | | | **na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr**.............., **dokonanego w urzędzie:** .....................  **inna, jaka i na jakiej podstawie:....................................................................................................................................** | | | | | | | | | |
| **działalność rolnicza** | | | | **Miejsce prowadzenia działalności**: .......................................................................................... | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE | | |
| podstawowe | gimnazjalne | zawodowe |
| średnie ogólne | średnie zawodowe | policealne |
| wyższe | inne, jakie: |  |
| **Obecnie wnioskodawca pobiera naukę** | | |
| ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA | LICEUM | TECHNIKUM |
| SZKOŁA POLICEALNA | KOLEGIUM | INNA, jaka: |
| STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie) | STUDIA     PODYPLOMOWE | STUDIA     DOKTORANCKIE |
| STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE | | **nie dotyczy** |
| **Nazwa i adres szkoły, do której wnioskodawca uczęszcza** **Nazwa szkoły** .................................................................................................... **klasa/rok** ........... **Kod pocztowy** ...........................  **Miejscowość** ...................................................... **ulica** .................................................................... **Nr domu** ................................  **Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:** ..................................................................................... | | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON  w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?** | | | | tak nie |
| Cel  (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc) | Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON) | Numer i data zawarcia umowy | Termin rozliczenia | Kwota dofinansowania  (w zł) |
| ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ ................................................................................................................ | ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ | ........................................................................................................................................ ........................................................................................................................................ | ................................................................................................................................................................................................................................................................................ | ........................................................................................................................................................................................................................................................ |
| **Razem uzyskane dofinansowanie**: | | | |  |

|  |
| --- |
| **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:** taknie  **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:** taknie  Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: ...................................................... .............................................................................................................................................................................................. Uwaga! za „*wymagalne zobowiązanie*” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął |

**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

*Jeśli „TAK”, poniższą Tabelę należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły (kierunku nauki) oddzielnie.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:** | | | | | | | |
| jednolite studia magisterskie | | studia pierwszego stopnia | | | studia drugiego stopnia | | |
| studia podyplomowe | | studia doktoranckie | | | nauka w kolegium pracowników służb społecznych | | |
| nauka w kolegium nauczycielskim | | nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych | | | nauka w szkole policealnej | | |
| nauka na uczelni zagranicznej | | staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej | | | przeprowadzenie przewodu doktorskiego (*dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich*) | | |
|  | | | | | | | |
| Okres trwania nauki w szkole**.........................*(ile semestrów)*** | | | Data rozpoczęcia nauki/studiów **.......................................** | | | | |
| Nauka odbywa się w systemie**: stacjonarnym niestacjonarnym nie dotyczy** | | | | | | | |
| Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu**: tak nie**Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie: **tak nie** Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia**: tak nie**  Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania**: tak nie**  Wnioskodawca powtarza ten sam poziom nauki (semestr/półrocze/rok szkolny lub akademicki) objęty uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON**: tak nie** z powodu: (zakreślić właściwe)  niezadawalających wyników w nauce (na tym samym kierunku nauki),  zmiany kierunku nauki (jednocześnie nie kończąc wcześniej rozpoczętego kierunku z powodu …………………………………………………………………………………………………………………………..…..  pogorszenia stanu zdrowia | | | | | | | |
| **Pełna nazwa szkoły:**  ………………………………………………………………………………………………………………..……………………………  ………………………………………………………………………………………………………………..…………………………… | | | | | | | |
|  |  | | |  | |  | |
| **Miejscowość** | **Ulica** | | | **Nr posesji** | | **Kod pocztowy** | |
|  |  | | |  | |  | |
| **Powiat** | **Województwo** | | | **Nr telefonu** | | **adres http://www** | |
| **Wydział** | **Kierunek nauki** | | | **Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:** | | **Rok nauki** | **Semestr nauki** |
|  |  | | | **tak nie** | |  |  |
| Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego) | | | | | | | **tak nie** |

**4. Zakres rzeczowy i finansowy wnioskowanego dofinansowania**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki** | **Całkowity koszt czesnego (w zł)** | **Dofinansowanie (stypendium)** **z innych niż PFRON źródeł\*** | **Udział własny (w zł)\*\*** | **Kwota wnioskowana (zł):** |
| Opłata za naukę (czesne) na kierunku:  ......................................................................**.\*\*\*** |  |  | 15 % w przypadku zatrudnionego wnioskodawcy |  |
| Opłata za naukę (czesne) na kierunku:  .......................................................................**\*\*\*** |  |  | 65 % w przypadku zatrudnionego wnioskodawcy |  |
| Opłata za naukę (czesne) na kierunku:  .......................................................................**\*\*\*** |  |  |  |  |
| Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich |  |  |  |  |
| DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA (min. 700 zł – max. 1 000 zł) może być zwiększony: |  |  |  |  |
| □ gdy Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z powodu barier w poruszaniu się lub w komunikowaniu się – w szczególności z tytułu pomocy tłumacza migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej itp. (nie więcej niż o 700 zł), **\*\*\*\*** |  |  |  |  |
| □ gdy Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania (nie więcej niż 500 zł), |  |  |  |  |
| □ gdy Wnioskodawca posiada Kartę Dużej Rodziny (nie więcej niż 300 zł), **\*\*\*\*\*** |  |  |  |  |
| □ gdy Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki (nie więcej niż 300 zł). |  |  |  |  |
| □ gdy Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2017 lub 2018 r. w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (nie więcej niż 300 zł),\*\*\*\*\*\* |  |  |  |  |
| **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*

***\*\*******wymagana wysokość udziału własnego Wnioskodawcy w kosztach czesnego wynosi: dla Wnioskodawców zatrudnionych: udział własny w kosztach czesnego obowiązuje dla zatrudnionych beneficjentów programu, z zastrzeżeniem, iż z obowiązku wniesienia tego udziału zwolniony jest wnioskodawca, gdy wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu (w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy) obliczonego za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek nie przekracza kwoty 583 zł (netto)***

***Dla Wnioskodawców nie zatrudnionych:*** *50 % wartości czesnego w przypadku, gdy objęta dofinansowaniem jest więcej niż jedne forma kształcenia na poziomie wyższym (więcej niż jeden kierunek) – warunek dotyczy drugiej i kolejnych form kształcenia na poziomie wyższym (drugiego i kolejnych kierunków).*

***\*\*\**** *należy wpisać kierunek studiów/nauki*

***\*\*\*\**** *Wnioskodawca powinien uzasadnić dodatkowe koszty na pokrycie kosztów kształcenia (należy wykazać związek udzielenia dofinasowania z możliwością realizacji celów programu) załącznik nr 5*

***\*\*\*\*\**** *do wniosku należy dołączyć kserokopię dokumentu Karta Dużej Rodziny.*

***\*\*\*\*\*\* po przedstawieniu odpowiedniej dokumentacji potwierdzającej powyższy fakt***

**5. Informacje uzupełniające**

|  |  |
| --- | --- |
| **Średnia ocen**: ........................, w skali: - (od 1 do 5) - innej, jakiej:...................................................................................................  *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* | |
| 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. | nietak:2 przyczyny3 przyczyny niepełnosprawności |
| **DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY\*** (*lub uczelni, gdy dotyczy opłat za przeprowadzenie przewodu doktorskiego przez osobę, która nie jest uczestnikiem studiów doktoranckich)* **na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku**  ............................................................................................................................................................................................................................................... | |
| numer rachunku bankowego:    nazwa banku ........................................................................................................................................................................................................................  \* *lub należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby* | |

Oświadczam, że:

1. **o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Brzozowie □ tak - □ nie,**
2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz 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 przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl/), a także: www.pcprbrzozow.pl
4. 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,
5. 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,
6. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących

po mojej stronie: □ tak - □ nie,

1. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
2. posiadam środki finansowe na pokrycie wymaganego udziału własnego – o ile dotyczy.

***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.***

|  |
| --- |
| ...................................... dnia ..... /....... /2018 r. ....................................................        **podpis Wnioskodawcy** |

**7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe** **(wiersze 7-11)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU***(należy zaznaczyć właściwe)* | | |
|  | **Nazwa załącznika** | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
|  | Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) |  |  |  |
|  | Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)* |  |  |  |
|  | Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku)* wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu |  |  |  |
|  | Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki- *zaświadczenie wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni (sporządzone 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!*** *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. (zaświadczenie wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni)* ***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.* |  |  |  |
|  | 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 |  |  |  |
|  | 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*). |  |  |  |
|  | Oświadczenie o ilości semestrów/półroczy do których uzyskano dofinansowanie ze środków PFRON |  |  |  |
|  | Plan aktywizacji *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do wniosku)* |  |  |  |
|  | Kserokopia Karty Dużej Rodziny |  |  |  |
|  | Inne załączniki (należy wymienić): |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Pouczenie:**

We wniosku należy wypełnić wszystkie 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.

**Słownik**

**Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym**

**\* aktywność zawodowa –** należy przez to rozumieć:

- zatrudnienie, lub

- rejestrację w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna, lub

- rejestrację w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu

**\* gospodarstwo domowe wnioskodawcy** – należy przez to rozumieć, w zależności od stanu faktycznego:

- wspólne gospodarstwo – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny, lub

- samodzielne gospodarstwo – gdy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu;

**\* opłacie za naukę czesne)** – należy prze to rozumieć opłatę za naukę w szkole policealnej lub wyższej w okresie objętym umowa dofinansowania, opłata za naukę (czesne) nie obejmuje innych opłat z tytułu usług edukacyjnych (przykładowo: opłaty związanej z powtarzaniem określonych zajęć z powodu niezadawalających wyników w nauce, za zajęcia nieobjęte planem studiów, za studia realizowane w języku obcym) ani innych opłat przewidzianych przepisami prawa powszechnie obowiązującego (przykładowo za wydanie: legitymacji studenckiej i jej duplikatu, dyplomu ukończenia studiów, jego duplikatu oraz dodatkowego odpisu dyplomu w tłumaczeniu na język obcy, itp.), które to koszty mogą być pokrywane przez beneficjenta pomocy ze środków dofinansowania przyznanego w formie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia,

**\* dodatek na pokrycie kosztów kształcenia -** należy przez to rozumieć nie wymagającą rozliczania kwotę przeznaczoną na wydatki związane z pobieraniem nauki, przykładowo na wydatki dotyczące:

- zakwaterowania –w przypadku nauki poza miejscem stałego zamieszkania,

- dojazdów,

- dostępu do Internetu,

- uczestnictwa w zajęciach mających na celu podniesienie sprawności fizycznej lub psychicznej,

- zakupu przedmiotów ułatwiających lub umożliwiających naukę,

- wyjazdów organizowanych w ramach zajęć szkolnych,

**\* nauka w szkole wyższej –** należy przez to rozumieć naukę w następujących formach edukacji na poziomie wyższym: studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia, jednolite studia magisterskie, studia podyplomowe lub doktoranckie prowadzone przez szkoły wyższe w systemie stacjonarnym (dziennym) lub niestacjonarnym (wieczorowym, zaocznym lub eksternistycznym, w tym również za pośrednictwem Internetu);

**\* przerwa w nauce –** należy przez to rozumieć przerwę w kontynuowaniu nauki, w trakcie której osoba niepełnosprawna nie ponosi kosztów nauki, np. urlop dziekański, urlop zdrowotny;

**\* średnia ocen –** należy przez to rozumieć średnią ocen 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; w przypadku, gdy średnia ocen wyliczona jest wg skali ocen, w której najwyższą oceną nie jest 5,00, średnia ta powinna być przeliczona na średnią ocen zgodną z 5-cio stopniową skalą ocen;

**\* szkoła policealnej –** należy przez to rozumieć publiczną lub niepubliczną szkołę policealną, utworzoną zgodnie z ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jednolity: Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.);

**\* szkoła wyższa –** należy przez to rozumieć publiczną lub niepubliczną szkołę wyższą utworzoną zgodnie z ustawą z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r. poz. 572, z późn. zm.) a także szkołę wyższą i wyższe seminarium duchowne prowadzone przez Kościół Katolicki lub inne kościoły i związki wyznaniowe

**\* zatrudnienie –** należy przez to rozumieć:

- stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące,

- stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony; okres ten nie może być krótszy niż 3 miesiące,

- działalność rolniczą w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (tekst jednolity; Dz.U. z 2015 r., poz. 704 z późn. zm.),

- działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jednolity; Dz.U. z 2015 r., poz. 584 z późn. zm.),

- zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie sumują się),

- staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r., poz. 149, z późn. zm.).

**\* Karta Dużej Rodziny –** należy przez to rozumieć dokument identyfikujący członka rodziny wielodzietnej, zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny (Dz.U. poz.1863, z późn. zm.) lub inny dokument na podstawie, którego wnioskodawca objęty jest działaniami/ulgami adresowanymi do rodzin wielodzietnych, ujętymi w ramy programów, które pod różnymi nazwami funkcjonują w Polsce, bądź wprowadzonymi jako samodzielny instrument nieobudowany programem,

**\* miejsce zamieszkania –** należy przez to rozumieć, zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów), o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; **można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania,**

Załącznik nr 1 do wniosku „Aktywny samorząd” Moduł II

***OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI PRZECIĘTNEGO MIESIĘCZNEGO DOCHODU, W ROZUMIENIU PRZEZPISÓW O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH***

Przez przeciętny miesięczny dochód Wnioskodawcy należy rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek. Dochody z różnych źródeł sumują się. W przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2016 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 22 września 2017 r. M.P. 2017, poz. 884), według wzoru: [(2,577 zł x liczba hektarów)/12]/liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy.

Wnioskodawca, który prowadzi ***samodzielne gospodarstwo domowe*** (jednoosobowe) i posiada własne stałe dochody, składa niniejsze oświadczenie wyliczone na podstawie własnych dochodów. Za własne gospodarstwo domowe uważa się sytuację, gdy Wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.

**Przez pojęcie *wspólne gospodarstwo domowe*** – należy rozumieć członków rodziny Wnioskodawcy, faktycznie wspólnie utrzymujących się i mających wspólny budżet domowy.

**Uwaga! W przypadku osób samodzielnie gospodarujących, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.**

Ja niżej podpisany(a) ........................................................................................................ zamieszkały(a)

(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

................................................................................................................................................................

(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby;

|  |
| --- |
| **Średni miesięczny dochód netto** |
| 1. | Wnioskodawca:...................................................... |  |
| Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy *–* ***poniżej******należy wymienić******tylko******stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą***: | | **x** |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
|  | RAZEM |  |

**Oświadczam, także że**:

1. średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi .............zł. (słownie złotych: .....................................................................);

*(należy wyliczyć zgodnie z* ***przypisem nr 2****)*

1. prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

........................................, dnia ............. 2018 r. .....................................................

*miejscowość podpis Wnioskodawcy*

**Uwaga:**

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja,   
na postawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana a Wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez Realizatora programu środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu.

Załącznik nr 2 do wniosku „Aktywny samorząd” Moduł II

***Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych   
przez Realizatora programu oraz PFRON***

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Realizatora programu tj. Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Brzozowie  z siedzibą w Brzozowie przy ul: 3-go Maja 51 oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji programu, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w pilotażowym programie „Aktywny samorząd”.

*Niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.*

............................................................

*(imię i nazwisko)*

........................................................................................

*(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)*

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (*o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić*):

................................................................

*(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)*

przez Realizatora programu tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Brzozowie przy ul. 3-go Maja 51 (administrator danych) oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r., poz. 2135 ze zm.).

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

................................................................

*data i podpis osoby składającej oświadczenie*

Załącznik nr 3 do wniosku „Aktywny samorząd” Moduł II

…………….…………………………….

*pieczęć szkoły/uczelni*

**ZAŚWIADCZENIE**

*wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb PFRON  
 (pilotażowy program „Aktywny samorząd”)*

Pan/Pani......................................................................................................................................   
nr PESEL ....................................................................................................................................

**rozpoczął(ęła) naukę / kontynuuje naukę\*** w……………….………......…………………….……

…………………………………………………………………………………………………………..

*(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)*

……………………………………………………………..… Rok nauki....…. semestr nauki.......

Czy Pan/Pani powtarzał(a) rok nauki: tak nie

Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce: tak nie

Okres zaliczeniowy w szkole: semestr rok akademicki (szkolny)

Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Forma kształcenia: | | |
| jednolite studia magisterskie | studia pierwszego stopnia | studia drugiego stopnia |
| studia podyplomowe | studia doktoranckie | kolegium pracowników służb społecznych |
| kolegium nauczycielskie | nauczycielskie kolegium języków obcych | szkoła policealna |
| staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej | | |

Nauka jest odpłatna: tak nie Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze**\*\***(w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi: .................................................................. zł

Czesne ww. Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane: nie tak - ze środków\*\*:

1. ...................................................................... w wysokości:................................. zł
2. ...................................................................... w wysokości:................................. zł

**Średnia ocen** uzyskana w poprzednim roku akademickim (szkolnym) ………………\*\* *(średnia ocen wyliczona, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, jako średnia arytmetyczna, na podstawie wszystkich ocen uzyskanych w poprzednim roku akademickim/szkolnym – wszystkie oceny z egzaminów i zaliczeń wpisane do indeksu)*

Obowiązująca na uczelni **skala ocen**.............................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **Organizacja roku akademickiego (szkolnego) ................./................ r. w jednym półroczu:** | |
| Data rozpoczęcia semestru *(dzień, miesiąc, rok)* |  |
| Data zakończenia semestru *(dzień, miesiąc, rok)* |  |
| Data rozpoczęcia sesji egzaminacyjnej *(dzień, miesiąc, rok)* |  |
| Data zakończenia sesji egzaminacyjnej *(dzień, miesiąc, rok)* |  |
| Data rozpoczęcia obowiązkowych praktyk**\*\*** *(dzień, miesiąc, rok)* |  |
| Data zakończenia obowiązkowych praktyk**\*\*** *(dzień, miesiąc, rok)* |  |

***\*****-niepotrzebne skreślić*

*podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły*

data, podpis:

***\*\**** *- jeżeli dotyczy*

Załącznik nr 4 do wniosku „Aktywny samorząd” Moduł II

**OŚWIADCZENIE**

**O ILOŚCI SEMESTRÓW/PÓŁROCZY,**

**DO KTÓRYCH UZYSKANO POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON**

Ja niżej podpisana/y ……………………………………………………….………….. zamieszkała/y

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

………………………………………………………………………………………………………..

(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Niniejszym oświadczam, iż:

1. uzyskałam/em pomoc ze środków PFRON w ramach ……………………… semestrów/półroczy

(ilość semestrów/półroczy)

różnych form kształcenia na poziomie wyższym\*,

1. prawdziwość powyższego oświadczenia potwierdzam własnoręcznym podpisem.

………………………, dnia ………… 2018 r.

(miejscowość)

……………...…………….

podpis wnioskodawcy

**\*warunek ten dotyczy wsparcia udzielonego w ramach programów:**

1) „Aktywny samorząd” – Moduł II,

2) „Student – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych”,

3) „Student II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych”.

Załącznik nr 5 do wniosku „Aktywny samorząd” Moduł II

**PLAN AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ, EDUKACYJNEJ, I/LUB SPOŁECZNEJ,**

**KTÓRY BĘDZIE ELEMENTEM OCENY WNIOSKU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Uzasadnienie wniosku – plan aktywizacji** | | | |
| **Obszar aktywizacji** | Czego nie mogę osiągnąć lub zrobić aktualnie i w czym pomoże mi uzyskanie dofinansowania | Co będę mógł osiągnąć i jakie związane z tym działania podejmę po otrzymaniu dofinansowania | Planowany termin realizacji zdania |
| **Zawodowej** |  |  |  |
| **Edukacyjnej** |  |  |  |
| **Społecznej** |  |  |  |

**UZASADNIENIE**

(dotyczy Wnioskodawców ubiegających się o zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia – gdy Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z powodu barier w poruszaniu się lub w komunikowaniu się)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………… 2018 r. ……………………………

data podpis Wnioskodawcy

**CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:.................. – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Deklaracja bezstronności**  **Oświadczam, że:**   1. nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą, 2. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku, 3. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy, 4. nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.   **Zobowiązuję się do:**   * ochrony danych osobowych Wnioskodawcy, * spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie, * niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności, * zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4. | | |
| Data, pieczątka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku | Data, pieczątki i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, | Data, pieczątki i podpisy pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania) |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU | | | | |
| Lp. | Warunki weryfikacji formalnej: | Warunki weryfikacji formalnej spełnione (*zaznaczyć właściwe*): | | **UWAGI** |
| 1 | Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku  i uzyskania dofinansowania | - tak - nie | |  |
| 2 | Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku | - tak - nie | |  |
| 3 | Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie | - tak - nie | |  |
| 4 | Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego) | - tak - nie | |  |
| 5 | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy) | - tak - nie | |  |
| 6 | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki) | - tak - nie | |  |
| 7 | Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy | - tak - nie | |  |
| Data weryfikacji formalnej wniosku: | | | ....................../ ......................../ 2017 r. | |
| **Weryfikacja formalna wniosku:**  **pozytywna negatywna** | | | | |
| Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie  w zakresie pkt: ........................................................................... | | - tak - nie | | |
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia | | - tak - nie | | |

***pieczątka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku***

*data, podpis:*

***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***

*data, podpis:*

**Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ......./ ......../ 2017 r.** (o ile dotyczy)

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ....../......./2017 r.

……………...…………….

*pieczęć zakładu pracy*

**ZAŚWIADCZENIE**

*wydane przez pracodawcę dla potrzeb Realizatora*

*Pilotażowego programu „Aktywny samorząd’ 2017*

Pan/Pani ……………………………………………………………………………………………………..

Nr PESEL ……………………………………………………………………………………………………

Zamieszkały/a ………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..

jest zatrudniony/a:

a) na czas nieokreślony

b) na czas określony od dnia …………….……….…….…. do dnia …….………………………….

stosunek pracy: ………………………………………………………………………………..…………….

nie otrzymuje/otrzymuje\* dofinansowanie/a na pokrycie kosztów nauki

………………………………………………………………………………………….………………………

……………………………………………………………………………………………………….…………

*(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)*

na miesiąc/semestr\* w wysokości ………………………. zł słownie ………………………………....

………………………………………………………………………………………………….………………

w roku akademickim/szkolnym\* ………………………………………………………………………….

……………………………….

podpis pracodawcy

……………………………….

miejscowość i data

\*- niepotrzebne skreślić

|  |  |
| --- | --- |
| **DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON**  **pozytywna**:w ramach Modułu II  **negatywna**:w ramach Modułu II | |
| **Deklaracja bezstronności**  **Oświadczam, że:**   * 1. nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,   2. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,   3. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,   4. nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.   **Zobowiązuję się do:**   * ochrony danych osobowych Wnioskodawcy, * spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie, * niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności, * zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4. | |
| **PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):** | |
| **W przypadku wniosku w ramach Modułu II** | |
| Koszty opłaty za naukę (czesne) lub dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich: | Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia: |
| ................................................... zł | ......................................................... zł |
| **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ**: | |
| ................... 2018 r. ............................ ...........................  data podpisy osób podejmujących decyzję | |

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania

***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***

*data, podpis:*

***pieczątki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę***

*data, podpis:*