

Wniosek złożono w PCPR Pleszew
w dniu

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pleszewie

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” MODUŁ II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia 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. INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE

Imię Nazwisko

Data urodzeniar. Dowód osobisty seria: Numer

Wydany przez

w dniur. ważny do dniar.

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stan cywilny: ☐ wolna/y ☐ zamężna/żonaty Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

Gospodarstwo domowe wnioskodawcy : ☐ samodzielnie (osoba samotna) ☐ wspólnie

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy - (pocztą)

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 - (pocztą)

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:

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY

☐ 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 ważne: ☐ okresowo do: ☐ bezterminowo**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY**

☐ 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	Lewe oko:	Prawe oko:
☐ osoba niewidoma	Ostrość wzoru (w korekcji):	Ostrość wzoru (w korekcji):
☐ osoba głuchoniewidoma	Zwężenie pola widzenia: stopni	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	☐ 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	☐ 09- M choroby układu moczowo - pęciowego	☐ 11- I inne
☐ - OSOBA GŁUCHA				
☐ 02- P choroby psychiczne	☐ 06- E epilepsja	☐ 08- T choroby układu pokarmowego	☐ 10- N choroby neurologiczne	☐ 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY

☐ zarejestrowany/na jako :		☐ bezrobotna/y		☐ poszukująca/y pracy i nie pozostająca/y w zatrudnieniu	
☐ zatrudniona/y: od dnia: do dnia:			Nazwa pracodawcy:		
☐ na czas nieokreślony			☐ inny, jaki:		
☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę			Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:		
☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę					
☐ umowa cywilnoprawna					
☐ staż zawodowy					
☐ działalność gospodarcza (w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jednolity : Dz.U. z 2013r., poz.672 z późn. zm.) Nr. NIP:			☐ na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr, dokonanego w urzędzie: ☐ inna, jaka i na jakiej podstawie:		
☐ działalność rolnicza (w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990r. o ubezpieczeniu społecznych rolników (tekst jednolity : Dz. U. z 2003r., poz. 1403 z późn. zm.)			Miejsce prowadzenia działalności:		

WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY

☐ podstawowe	☐ gimnazjalne	☐ zawodowe
☐ średnie ogólne	☐ średnie zawodowe	☐ policealne
☐ wyższe	☐ inne, jakie:	

2. INFORMACJE O KORZYSTANIU Z PFRON

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (w tym poprzez jednostki samorządu powiatowego PCPR lub MOPR, MOPS)						tak ☐ nie ☐	
Cel (nazwa zadania ustalonego oraz/lub nazwa programu w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione /dofinansowane ze środków PFRON)	Beneficjent Imię i nazwisko osoby która uzyskała dofinansowanie, ze środków PFRON	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
Razem uzyskane dofinansowanie:							

Wnioskodawca otrzymał wcześniej , na podstawie innego wniosku, dofinansowanie w ramach programu:

„STUDENT”

„STUDENT II”

tak ☐nie ☐

Kiedy Wnioskodawca otrzymał/otrzymywał dofinansowanie:

Liczba semestrów nauki, do których Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie:

Nazwa Oddziału PFRON, za pośrednictwem którego Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie:

Forma i kierunek kształcenia , która była dofinansowana:

Nazwa uczelni /szkoły

„AKTYWNY SAMORZĄD” – Moduł II:

tak ☐nie ☐

Kiedy Wnioskodawca otrzymał/otrzymywał dofinansowanie:

Liczba semestrów nauki, do których Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie:

Nazwa i miejsce jednostki organizacyjnej samorządu powiatowego, za pośrednictwem której Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie

Forma i kierunek kształcenia , która była dofinansowana:

Nazwa uczelni /szkoły

Czy Wnioskodawca posiada wymagane zobowiązania wobec PFRON:

tak ☐nie ☐

Czy Wnioskodawca posiada wymagane zobowiązania wobec Realizatora programu:

tak ☐nie ☐

Jeśli tak, to proszę podać rodzaj i wysokość /w zł./ wymaganego zobowiązania :

Uwaga!

W ramach programu „Aktywny Samorząd” **nie mogą uczestniczyć** osoby, które posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON.

Przez „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć:

a/ w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,

b/ w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania :

- wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna

- w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,

- wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,

- wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności

3. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA

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: ☐ w miejscu zamieszkania ☐ poza miejscem zamieszkania				
Wnioskodawca posiada Kartę Dużej Rodziny ☐ tak ☐ nie				
Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z tytułu pomocy tłumacza migowego ☐ tak ☐ nie				
Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z tytułu asystenta osoby niepełnosprawnej ☐ tak ☐ nie				
Wnioskodawca pobiera jednocześnie naukę na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki ☐ tak ☐ nie				
Jeśli „tak”, poniższą tabelę należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły(kierunku nauki) oddzielnie				
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

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł) (z wyłączeniem wpisowego opłaty rekrutacyjnej kosztów za powtarzanie semestru lub przedmiotu)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł* (tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz funduszy strukturalnych lub pracodawcy, należy podać kwotę i źródło dofinansowania)	Kwota wnioskowana (w zł)
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 (do 1000zł.)			
Zwiększenie dodatku z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania (do 500 zł.)			
Zwiększenie dodatku z tytułu posiadania Karty Dużej Rodziny (do 300 zł.)			
Zwiększenie dodatku z powodu ponoszenia dodatkowych kosztów na bariery w komunikowaniu się i/lub na bariery w poruszaniu się (do 700zł.)			
Zwiększenie dodatku w przypadku pobierania nauki na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki (do 300 zł.)			
Razem			

☐ nie ☐ tak: ☐ 2 przyczyny ☐ 3 przyczyny niepełnosprawności[illegible]

* lub należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Pleszewskiego ☐ 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 przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: WWW.pcpr-info.org.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 **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązyanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
7. dofinansowanie, ze środków PFRON w ramach wszystkich pobieranych form kształcenia wynosi: ☐ powyżej 20 semestrów/ półroczy - ☐ poniżej 20 semestrów/ półroczy
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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 woja (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

..... dnja /..... /20..... r.

podpis Wnioskodawcy

5. ZAŁĄCZNIKI : WYMAGANE DO WNIOSKU ORAZ DODATKOWE

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dolączone do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)-oryginał do wglądu	☐	☐	
2.	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)	☐	☐	
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
4.	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! 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 4 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.	☐	☐	
5.	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	☐	☐	
6.	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). Załącznik nr 4 do wniosku	☐	☐	
7.	Zapłacona i podpisana przez wnioskodawcę faktura VAT dotycząca opłaty za naukę (czesne) za dany semestr w roku bieżącym wystawiona na wnioskodawcę – dotyczy refundacji	☐	☐	
8.	Kserokopia dowodu osobistego - oryginał do wglądu	☐	☐	
9.	Kserokopia Karty Dużej Rodziny (o ile dotyczy) – oryginał do wglądu	☐	☐	
10.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
11.		☐	☐	

Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (<i>zaznaczyć właściwe</i>):	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:		// 20.... r.	
Weryfikacja formalna wniosku: ☐ pozytywna ☐ negatywna			
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:		☐ - tak ☐ - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		☐ - tak ☐ - nie	

data, podpis:

data, podpis:

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON:/...../20... r.

STRONA 9

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna: ☐

negatywna: ☐

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.

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

MODUŁ 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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....20.....r.

Data

.....
podpisy osób podejmujących decyzję

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

pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę

data, podpis:

pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis: