

Wniosek złożono w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Koninie w dniu

Nr sprawy:

Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



Wypełnia Realizator programu

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 Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

Imię.....Nazwisko.....
Data urodzeniar. Dowód osobisty seria numer wydany
w dniu.....r. przez.....Płeć: kobieta mężczyzna
PESEL Stan cywilny: wolna/y zameżna/zonaty
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

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:

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.pcpr.konin.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

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 - pęciowego | 11- I inne |
| 02- P choroby psychiczne | 06- E epilepsja | 08- T choroby układu pokarmowego | 10- N choroby neurologiczne | 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe |

| | | |
|--|---|-------|
| Osoba napotyka bariery w komunikowaniu się: Korzysta z tłumacza języka migowego Asystenta ON | osoba poddaje się (obecnie): leczeniu onkologicznemu oczekuje na przeszczep | Inne: |
|--|---|-------|

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

| | | | |
|--|--------------|-------------------------|-------------|
| niezatrudniona/y: od dnia:..... | bezrobotna/y | poszukująca/y pracy | nie dotyczy |
| stosunek pracy na podstawie umowy o pracę | | | |
| stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę | | | |
| działalność gospodarcza | | działalność rolnicza | |
| zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: | | działalność gospodarcza | |
| na czas nieokreślony inny, jaki: | | Nr NIP: | |

Nazwa pracodawcy:
Adres miejsca pracy:
Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr.....
dokonanego w urzędzie:
inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

Miejsce prowadzenia działalności:

| ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE | | |
|-----------------------|------------------|------------|
| podstawowe | gimnazjalne | zawodowe |
| średnie ogólne | średnie zawodowe | policealne |
| wyższe | inne, jakie: | |

NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA

Nazwa szkoły Kod pocztowy

Miejscowość ulica Nr domu

Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:

| | | |
|--|------------|---------------|
| Kierunek nauki: | Rok nauki | Semestr nauki |
| Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie: tak nie | | |
| Wydział: | | |
| Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego) | tak | nie |

NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA – II kierunek

Nazwa szkoły Kod pocztowy

Miejscowość ulica Nr domu

Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:

| | | |
|--|------------|---------------|
| Kierunek nauki: | Rok nauki | Semestr nauki |
| Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie: tak nie | | |
| Wydział: | | |
| Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego) | tak | nie |

3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł II

| 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 | | |

Wniosek „P” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

| | | |
|--|-----|-----|
| Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: | tak | nie |
| Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: | tak | nie |
| Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie do powtarzanego semestru | tak | nie |
| Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie do powtarzanego roku akademickiego | tak | nie |
| Odległość od miejsca zamieszkania do szkoły: | | |
| | | |
| Sposób dojazdu do szkoły: | | |
| samochód prywatny | PKP | PKS |
| INNE: | | |

4. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze)

| Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki | Koszt (w zł) | Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł* | Kwota wnioskowana (w zł) |
|--|---------------------|---|---------------------------------|
| 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

| | |
|---|--|
| Średnia ocen:, w skali: - (od 1 do 5) - innej, jakiej:..... | |
| <small>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</small> | |
| 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. | nie tak: 2 przyczyny 3 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 | |
| <small>(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)</small> | |
| nazwa banku | |
| <small>* lub należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby</small> | |

6. 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) | Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON) | Numer i data zawarcia umowy | Termin rozliczenia | Kwota przyznana (w zł) | Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł) | |
| | | | | | | | |
| Razem uzyskane dofinansowanie: | | | | | | | |

| | | |
|--|-----|-----|
| 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: | | |
| | | |
| Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął | | |

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu tak - nie,
- 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,
- 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.konin.pl**
- 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,
- 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,
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
- 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

Wniosek „P” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” 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 wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

..... dnia /..... /20..... r.

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

STRONA 8

| Nazwa załącznika | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe) | | |
|--|--|-------------|--------------------------|
| | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) | | | |
| 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 3 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 4 do wniosku) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego. <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 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.</i> | | | |
| 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) oraz na jaki okres zawarta jest umowa o pracę; bądź zaświadczenie dot. prowadzenia działalności gospodarczej/rolniczej | | | |
| 7. Oświadczenie o ilości semestrów na które wnioskodawca uzyskał dofinansowanie ze środków PFRON – załącznik nr | | | |
| 8. Oświadczenie o ubieganiu się o dofinansowanie za pośrednictwem jednego realizatora | | | |
| 9. Kserokopia Karty Dużej Rodziny jeśli dotyczy | | | |
| 10. Faktura o ile wnioskodawca dokonał opłaty przed złożeniem wniosku | | | |
| 11. Kalkulacja dodatku na pokrycie kosztów kształcenia | | | |
| 12. Kserokopia dowodu osobistego | | | |
| 13. Inne załączniki (należy wymienić): | | | |
| 14. | | | |