

Data wpływu do PCPR w Koninie:.....

Nr sprawy:.....

Państwowy Fundusz

Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



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.

Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola **DANE PERSONALNE**

Imię.....Nazwisko.....

PESEL.....Data urodzenia.....r.

Płeć: kobieta mężczyzna Stan cywilny: wolna/y zameżna/zonaty

Dowód osobisty seria..... numer..... wydany przez.....

data wydania...../ ważny do.....

Nr telefonu:.....e'mail.....

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały/adres korespondencyjny

Ulica.....

Nr domu..... nr lok.....

Kod pocztowy -..... (poczta)

Miejscowość.....

Powiat.....Gmina.....

Województwo.....

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica.....

Nr domu..... nr lokalu.....

Kod pocztowy -..... (poczta)

Miejscowość.....

Powiat.....

Województwo.....

miasto <5 tys. mieszkańców

miasto >=5 tys. mieszkańców

wieś

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia:..... bezterminowo

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

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI – przyczyna wydania orzeczenia

01-U - upośledzenie umysłowe;
02-P - choroby psychiczne;
03-L - zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu;
osoba głucha
04-O - choroby narządu wzroku;
osoba niewidoma
osoba głuchoniewidoma
05-R - upośledzenie narządu ruchu;
jednej kończyny górnej
obu kończyn górnych
jednej kończyny dolnej
obu kończyn dolnych innym

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;
dysfunkcja narządu ruchu
osoba porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
11-I - inne,
12 - C – całościowe zaburzenia rozwojowe
dysfunkcja narządu ruchu

osoba nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego

osoba porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego elektrycznego

osoba porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

niezatrudniona/y: od dnia:.....

bezrobotna/y poszukująca/y pracy **Należy dołączyć odpowiednie zaświadczenie z PUP**

nie dotyczy

Zatrudniony – okres: od dnia: do dnia:

na czas nieokreślony..... na inny okres.....

Rodzaj zatrudnienia:

Pozostaję w stosunku pracy na podstawie umowy o pracę (na czas nieokreślony bądź określony nie krótszy niż 3 miesiące)

Pozostaję w stosunku pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania bądź spółdzielczej umowy o pracę (jeśli jego czas jest określony to nie może być krótszy niż 3 miesiące)

Prowadzę działalność rolniczą – ustawa o ubezpieczeniu społecznym rolników z dnia 20 grudnia 1990r. z późn.zm.

Prowadzę działalność gospodarczą – ustawa o swobodzie działalności gospodarczej z dnia 02 lipca 2004r. z późn.zm.

Pozostaję w stosunku pracy na podstawie umowy cywilnoprawnej (nie krócej niż 6 miesięcy – okresy umów obowiązujących po sobie sumują się)

Odbywam staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity: Dz.U. z 2013 r. poz. 674, z późn. zm.)

Nazwa pracodawcy:

Adres miejsca pracy:

Działalność gospodarcza – NIP:

Działalność rolnicza – miejsce prowadzenia:

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

nazwa banku

numer rachunku bankowego (lub należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby)

Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat nie

tak Przyznana kwota.....zł

Wnioskodawca posiada zobowiązania wobec: PFRON Realizatora programu

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

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

Średni miesięczny dochód netto: gospodarstwo samodzielne wspólne

Wkład własny - kwota: nie dotyczy

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

podstawowe

gimnazjalne

zawodowe

 wyższe

średnie ogólne

średnie zawodowe

 policealne inne, jakie:**Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:**

nauka w szkole policealnej

kolegium pracowników służb społecznych

studia pierwszego stopnia

kolegium nauczycielskim

studia drugiego stopnia

nauczycielskie kolegium języków obcych

jednolite studia magisterskie

przeprowadzenie przewodu doktorskiego
(dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)

studia podyplomowe

nauka na uczelni zagranicznej

studia doktoranckie

inna.....

NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA

Nazwa szkoły.....

Kod pocztowyMiejscowość ulica.....

Nr domu Telefon:..... NIP/REGON.....

Kierunek nauki:

Rok nauki

Semestr nauki

Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:

tak

nie

Wydział:

Specjalność:

Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego)

tak

nie

Okres trwania nauki (ile semestrów)	Data rozpoczęcia nauki/studiów (dzień-miesiąc-rok) 		
Okres trwania semestru: od dnia:..... do dnia:.....			
Studiuje na uczelni publicznej	tak	nie	
Nauka odbywa się w systemie:	stacjonarnym (studiuje w trybie dziennym)	niestacjonarnym	nie dotyczy
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	
Czy Wnioskodawca zmienił kierunek lub uczelnie i ponownie rozpoczyna naukę od poziomu objętego uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
Wnioskodawca napotyka bariery w komunikowaniu się	tak	nie	
Wnioskodawca napotyka bariery w poruszaniu się	tak	nie	
Wnioskodawca poddaje się leczeniu onkologicznemu, oczekuje na przeszczep, bądź przeszedł operację przeszczepu narządów lub tkanek	tak	nie	
Odległość od miejsca zamieszkania do szkoły: ilość kilometrów			
(powyżej 120km należy dołączyć dokumenty potwierdzające ilość km np. bilety, szczegółowy plan podróży itp.)			
Sposób dojazdu do szkoły:	samochód prywatny	PKP	PKS
			INNE:
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): <i>należy wpisać kierunek studiów/nauki</i>			
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

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku)?				tak	nie
Cel (nazwa programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy
Razem uzyskane dofinansowanie:					
Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu	- firma handlowa - media - Realizator programu - PFRON - inne, jakie:				

Oświadczam, że:

- 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 byłem(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 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

6. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwie)		
	Dolączono do wniosku	Uzupelniono	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) – zał. nr 2			
3. Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu – zał. nr 3			
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 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 Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni wypełniony zał. nr 5			
6. Oświadczenie dot. ilości semestrów w których wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON – zał. 6			
7. Kalkulacja dodatku na pokrycie kosztów kształcenia – zał. nr 7			
8. Oświadczenie dot. ubiegania się o dofinansowanie zgodnie z miejscem zamieszkania – zał. nr 8			
9. Kserokopia Karty Dużej Rodziny (jeśli dotyczy)			
10. Zaświadczenie lekarskie (dot. tylko osób ubiegających się o zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia)			
11. Kserokopia dowodu osobistego			
12. Wkładka dot. kolejnych semestrów (jeśli dotyczy)			
13. Inne załączniki (należy wymienić):			
14.			
15.			