



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

.....
Data wpływu wniosku do Realizatora:

PROGRAM FINANSOWANY ZE ŚRODKÓW PFRON

Numer wniosku: **RS.6110.1.II.** .19

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON W RAMACH PILOTAŻOWEGO
PROGRAMU „AKTYWNY SAMORZĄD”**

MODUŁ II- pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

Wniosek należy wypełnić czytelnie, w przypadku pól do wyboru należy zaznaczyć znakiem „X”. Jeśli 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.

**Przed wypełnieniem wniosku należy zapoznać się z zasadami programu dostępnymi na stronie internetowej
www.pfron.org.pl lub www.pcprstrzyzow.pl**

**I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ), KTÓREJ WNIOSEK
DOTYCZY:**

Imię..... Nazwisko.....

Data urodzenia Dowód osobisty seria numer

wydany przez

w dniu ważny do dnia

PESEL

Płeć: kobieta mężczyzna

Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA - miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są plany życiowe. Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania	ADRES ZAMELDOWANIA wpisać jeżeli jest inny niż adres podany w kolumnie „Miejsce zamieszkania”
Kod pocztowy __ - ____ Poczta Miejscowość..... Ulica..... Nr domu Nr m. Powiat Województwo.....	Kod pocztowy __ - ____ Poczta..... Miejscowość:..... Ulica:..... Nr domu Nr m. Powiat..... Województwo.....

Adres do korespondencji – wpisać jeżeli jest inny niż adres podany w kolumnie „Miejsce zamieszkania”:	Dane do kontaktu:
Kod pocztowy __ - ____ Poczta Miejscowość Ulica Nr domu Nr m. Powiat Województwo	<i>nr kier. nr telefonu:.....</i> Nr telefonu komórkowego: e-mail:

II. INFORMACJA STOPNIU I RODZAJU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

1. Stopień niepełnosprawności wnioskodawcy:		
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
Orzeczenie ważne: <input type="checkbox"/> okresowo do <input type="checkbox"/> bezterminowo		

2. Rodzaj niepełnosprawności wnioskodawcy:		
<input type="checkbox"/> 01U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 02P choroba psychiczna	<input type="checkbox"/> 03L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
<input type="checkbox"/> 04O dysfunkcja narządu wzroku	<input type="checkbox"/> 05R dysfunkcja narządu ruchu	<input type="checkbox"/> 06E epilepsja
<input type="checkbox"/> 07S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 08T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 09M choroby układu moczowo - pęciowego
<input type="checkbox"/> 10N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 11I inne	<input type="checkbox"/> 12C całościowe zaburzenia rozwojowe

III. SYTUACJA ZAWODOWA:

1. Zatrudnienie:		
<input type="checkbox"/> nie zatrudniony	<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę	<input type="checkbox"/> zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy (okresy umów następujących po sobie sumują się)
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, mianowania, wyboru, spółdzielczej umowy o pracę	<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP:.....	<input type="checkbox"/> działalność rolnicza
<input type="checkbox"/> staż zawodowy	<input type="checkbox"/> rejestracja w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> rejestracja w Urzędzie Pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu, od dnia.....
<input type="checkbox"/> umowa na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> umowa na czas określony od dnia: do dnia:		

2. Miejsce zatrudnienia:Nazwa
pracodawcy:

Adres:

Tel. kontaktowy:

3. Wykształcenie wnioskodawcy: średnie ogólne średnie zawodowe policealne wyższe inne, jakie:.....

IV. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON W RAMACH PROGRAMU „STUDENT”, „STUDENT II” LUB PILOTAŻOWEGO PROGRAMU „AKTYWNY SAMORZĄD”

W kolumnie –„forma kształcenia” należy wpisać odpowiednio formę kształcenia: **1** - szkoła policealna; **2** – kolegium; **3** - studia I stopnia; **4** - Studia II stopnia; **5** – studia jednolite magisterskie, **6** – studia podyplomowe lub doktoranckie; **7** – przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi.

W kolumnie „forma kształcenia zakończona zgodnie z planem studiów/nauki” należy odpowiednio wpisać: **1**- w toku; **2** – zakończona pomyślnie; **3** – przerwana nauka; **4** – nie ukończona zgodnie z planem studiów.

Każdą formę kształcenia lub kierunek nauki/studiów należy wymienić w oddzielnym wierszu poniższej tabeli.

Lp.	Forma kształcenia	Nazwa uczelni	Kierunek	Liczba semestrów uzyskanego wsparcia ze środków PFRON	Rok zawarcia umowy o dofinansowanie	Liczba semestrów powtarzanych (ponowne finansowane ze środków PFRON)	Forma kształcenia zakończona zgodnie z planem studiów/nauki

Łączna liczba semestrów uzyskanego dofinansowania ze środków PFRON:

Wnioskodawca nie korzystał nigdy z wyżej podanego dofinansowania

V. INFORMACJA O PRZEDMIOCIE DOFINANSOWANIA

Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie w ramach kilku, z poniżej wymienionych, form kształcenia lub pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia:

NIE TAK

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

1. Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:		
<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (<i>dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich</i>)
<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej	<input type="checkbox"/> nauka w kolegium	<input type="checkbox"/> inne

2. Informacje o uczelni i kierunku studiów:	
Pełna nazwa uczelni/szkoły	
Wydział	
Kierunek	
Adres wraz z kodem	
Telefon	
Adres email	
Adres http	
Nauka odbywa się w systemie:	<input type="checkbox"/> stacjonarnym <input type="checkbox"/> niestacjonarnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Okres trwania nauki w szkole/uczelni: semestrów
Data rozpoczęcia nauki/studiów:	
Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Semestr nauki, w ramach którego wnioskodawca stara się o pomoc:	rok szkolny/akademicki:/..... rok nauki: semestr nauki:
Czy Wnioskodawca stara się o ponowne wsparcie wcześniej dofinansowanego semestru / półrocza / roku szkolnego lub akademickiego (powtarza semestr):	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy Wnioskodawca studiuje w przyspieszonym trybie:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Nauka jest pobierana odpłatnie:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

3. Wnioskowana kwota dofinansowania łącznie:

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 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

4. Uzasadnienie wniosku:

należy wykazać związek pomiędzy udzieleniem dofinansowania a możliwością realizacji celów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – Moduł II

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Rachunek bankowy Wnioskodawcy, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (Należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby.)

(Dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

1. numer rachunku:	_____
2. nazwa banku:	
3. dane właściciela konta:	

VI. Oświadczam, że:

- 1) podane we wniosku i w załącznikach do tego wniosku informacje są zgodne z prawdą – przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania;
- 2) przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć w ciągu kolejnych 14 dni od daty otrzymania pisma z PCPR oraz że po ww. terminie uzupełniania wniosku nie jest możliwe, a także, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną;
- 3) 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,
- 4) w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie (Uwaga! – w ramach programu „Aktywny samorząd” nie mogą uczestniczyć osoby, które w przeszłości, były stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON, w tym za pośrednictwem powiatu i rozwiązanej z przyczyn leżących po ich stronie – wykluczenie obowiązuje w ciągu 3 lat, licząc od początku roku, następującego po roku w którym wygasło zobowiązanie wobec PFRON);
- 5) nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy – za pośrednictwem innego realizatora na terenie innego samorządu powiatowego.
- 6) zapoznałem(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd – Moduł II” oraz przyjąłem/łam do wiadomości treść programu „Aktywny samorząd” i procedury realizacji tego programu, które są dostępne na stronie internetowej: www.pfron.org.pl i www.pcprstrzyzow.pl ;
- 7) zobowiązuję się do bezzwłocznego powiadomienia Realizatora programu, tj. PCPR w Strzyżowie o wszelkich zmianach dotyczących informacji zawartych w złożonym przeze mnie wniosku, w formie pisemnej;
- 8) nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i realizatora programu;
- 9) posiadam środki własne na pokrycie udziału własnego w opłacie za czesne w okresie objętym dofinansowaniem.

.....
(miejscowość, data)

.....
podpis Wnioskodawcy

VII. Załączniki wymagane do wniosku:

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) wraz z oryginałem do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 3 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	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). W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni - (należy przez to rozumieć: a) stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące, b) 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, c) działalność rolniczą w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2017 r., poz. 2336, z późn. zm.), d) działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r., poz. 646, z późn. zm.), e) zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się), f) staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018 r., poz. 1265, z późn. zm.), okresy zatrudnienia wnioskodawcy w ramach ww. mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres zatrudnienia;) zaświadczenie o zatrudnieniu (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia aktualnej Karty Dużej Rodziny – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Dowód osobisty do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Kserokopia dokumentu stanowiącego pełnomocnictwo lub opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik lub opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Inne załączniki(wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SPOSÓB ROZPATRZENIA WNIOSKU: – 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, 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)

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

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	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:		
Weryfikacja formalna wniosku: <input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna			
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
<i>pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku</i>		<i>pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu</i>	
<i>data, podpis:</i>		<i>data, podpis:</i>	

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 oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA (w zł):

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:.....
data.....
podpisy osób podejmujących decyzję

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Przez **przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy** - należy przez to 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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 2220, z późn. zm.), 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 2017 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 września 2018 r. - M.P. 2018, poz. 911), według wzoru: $[(3.399 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12] / \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$.

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 oraz utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów lub przy wsparciu właściwych instytucji, ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu, przy czym wnioskodawcą, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów ani nie korzysta ze wsparcia właściwych instytucji, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/ opiekunów.

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 **(zgodnie z przypisem nr 1)**:

		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**);

- 2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.
/uprzedzona(y) o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy i zapoznany z treścią art. 233 par. 1 Kodeksu Karnego (Dz. U. t.j. 2016, poz. 1137 z późn. zm.), która brzmi: „kto składa zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”/

....., dnia.....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 uchylona 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.

Przypis nr 1:

Dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych.

Dochód - oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

- a) 3 przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, art. 30b, art. 30c, art. 30e i art. 30f ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. t.j. 2016 r. poz., 2032, z późn. zm.), pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- b) deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
- c) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych:
 - renty określone w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
 - renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin, przyznane na zasadach określonych w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
 - świadczenia pieniężne oraz ryczałt energetyczny określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych,
 - dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny określone w przepisach o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego,
 - świadczenie pieniężne określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym przysługującym osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy przez III Rzeszę Niemiecką lub Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich,
 - emerytury i renty otrzymywane przez osoby, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939-1945 lub eksplozji pozostałych po tej wojnie niewypałów i niewybuchów,
 - renty inwalidzkie z tytułu inwalidztwa wojennego, kwoty zaopatrzenia otrzymywane przez ofiary wojny oraz członków ich rodzin, renty wypadkowe osób, których inwalidztwo powstało w związku z przymusowym pobytem na robotach w III Rzeszy Niemieckiej w latach 1939-1945, otrzymywane z zagranicy,
 - zasiłki chorobowe określone w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych,
 - środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej otrzymywane od rządów państw obcych, organizacji międzynarodowych lub międzynarodowych instytucji finansowych, pochodzące ze środków bezzwrotnej pomocy przyznanych na podstawie jednostronnej deklaracji lub umów zawartych z tymi państwami, organizacjami lub instytucjami przez Radę Ministrów, właściwego ministra lub agencje rządowe, w tym również w przypadkach, gdy przekazanie tych środków jest dokonywane za pośrednictwem podmiotu upoważnionego do rozdzielania środków bezzwrotnej pomocy zagranicznej na rzecz podmiotów, którym służyć ma ta pomoc,
 - należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób fizycznych mających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przebywających czasowo za granicą - w wysokości odpowiadającej równowartości diet z tytułu podróży służbowej poza granicami kraju ustalonych dla pracowników zatrudnionych w państwowych lub samorządowych jednostkach sfery budżetowej na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. t.j. 2016 r. poz. 1666 z późn. zm.),
 - należności pieniężne wypłacone policjantom, żołnierzom, celnikom i pracownikom jednostek wojskowych i jednostek policyjnych użytych poza granicami państwa w celu udziału w konflikcie zbrojnym lub wzmocnienia sił państwa albo państw sojuszników, misji pokojowej, akcji zapobieżenia aktom terroryzmu lub ich skutkom, a także należności pieniężne wypłacone żołnierzom, policjantom, celnikom i pracownikom pełniącym funkcje obserwatorów w misjach pokojowych organizacji międzynarodowych i sił wielonarodowych,
 - należności pieniężne ze stosunku służbowego otrzymywane w czasie służby kandydackiej przez funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej i Biura Ochrony Rządu, obliczone za okres, w którym osoby te uzyskały dochód,
 - dochody członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, pomniejszone o składki na ubezpieczenia społeczne,
 - alimenty na rzecz dzieci,
 - stypendia doktoranckie i habilitacyjne przyznane na podstawie ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. z 2016 r. poz. 882 z późn. zm.), stypendia doktoranckie określone w art. 200 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2016r. poz. 1842, z późn. zm.), stypendia sportowe przyznane na podstawie ustawy z dnia 25 czerwca 2010 r. o sporcie (Dz. U. z 2016r. poz. 176 z późn. zm.) oraz inne stypendia o charakterze socjalnym przyznane uczniom lub studentom,
 - kwoty diet nieopodatkowane podatkiem dochodowym od osób fizycznych, otrzymywane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych i obywatelskich,
 - należności pieniężne otrzymywane z tytułu wynajmu pokoi gościnnych w budynkach mieszkalnych położonych na terenach wiejskich w gospodarstwie rolnym osobom przebywającym na wypoczynku oraz uzyskane z tytułu wyżywienia tych osób,
 - dodatki za tajne nauczanie określone w ustawie z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2016r. poz. 1379 z późn. zm.),
 - dochody uzyskane z działalności gospodarczej prowadzonej na podstawie zezwolenia na terenie specjalnej strefy ekonomicznej określonej w przepisach o specjalnych strefach ekonomicznych,
 - ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe określone w przepisach o komercjalizacji, restrukturyzacji i prywatyzacji przedsiębiorstwa państwowego "Polskie Koleje Państwowe",
 - ekwiwalenty z tytułu prawa do bezpłatnego węgla określone w przepisach o restrukturyzacji górnictwa węgla kamiennego w latach 2003-2006,
 - świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora,
 - dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego,
 - dochody uzyskiwane za granicą Rzeczypospolitej Polskiej, pomniejszone odpowiednio o zapłacone za granicą Rzeczypospolitej Polskiej: podatek dochodowy oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne,

- renty określone w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej oraz w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich,
- zaliczkę alimentacyjną określoną w przepisach o postępowaniu wobec dłużników alimentacyjnych oraz zaliczce alimentacyjnej,
- świadczenia pieniężne wypłacane w przypadku bezskuteczności egzekucji alimentów,
- pomoc materialną o charakterze socjalnym określoną w art. 90c ust. 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2016r., poz. 1943, z późn. zm.) oraz pomoc materialną określoną w art. 173 ust. 1 pkt 1, 2 i 8, art. 173a, art. 199 ust. 1 pkt 1, 2 i 4 i art. 199a ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym,
- kwoty otrzymane na podstawie art. 27f ust. 8-10 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych,
- 4 świadczenie pieniężne i pomoc pieniężną określone w ustawie z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz. U. 2015, poz. 693),
- 5 świadczenie rodzicielskie,
- 6 zasiłek macierzyński, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników.

Przypis nr 2: – sposób wyliczenia średniego miesięcznego dochodu netto przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

$$\begin{array}{l}
 \text{średni miesięczny dochód netto przypadający} \\
 \text{na jedną osobę pozostającą we wspólnym} \\
 \text{gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą}
 \end{array}
 = \frac{
 \begin{array}{l}
 \text{łączny średni miesięczny dochód netto wykazany w wierszu „Razem”} \\
 \text{w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia}
 \end{array}
 }{
 \begin{array}{l}
 \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na stronie 1} \\
 \text{niniejszego Oświadczenia}
 \end{array}
 }$$

KLAUZULA INFORMACYJNA
OBOWIĄZUJĄCA W POWIATOWYM CENTRUM POMOCY RODZINIE W STRYŻÓWIE

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.5.2016r.), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzyżowie, mające swoją siedzibę przy ul. Parkowa 7, 38-100 Strzyżów (Nr telefonu kontaktowego - tel./fax (17) 2211440, adres poczty elektronicznej email: pcpr@strzyzow.un.pl. Inspektor Ochrony Danych - iod@pcprstrzyzow.pl;) oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
2. Pozyskane dane osobowe przetwarzane będą na podstawie przepisów prawa wynikającego z art. 6 ust.1 lit c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO – (tj. realizacji pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” - na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, przepisów wykonawczych do ww. ustawy, oraz przepisów wykonawczych do pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”);
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (tj. realizacji zadań wynikających z zakresu działalności instytucji);
4. Podanie danych osobowych do spełnienia w/w celu jest wymagane, ponieważ wynika z przepisów prawa, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wszczęcia postępowania administracyjnego i realizacji ustawowych zadań ciążących na administratorze;
5. Pani/Pana dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, wynikające z przepisów prawa zawartych w Jednolitym Rzeczym Wykazie Akt obowiązującym w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Strzyżowie, przez okres wymagany w związku z kategorią archiwalną. Ponadto okres przechowywania może się wydłużyć np. z uwagi na sytuację dochodzenia roszczeń;
6. Administrator może przekazać Pani/Pana dane innym odbiorcom. Odbiorcą danych mogą być podmioty uzyskujące dostęp do Pani/Pana danych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
7. Administrator nie przekazuje Pani/Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych w rozumieniu RODO;
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, przenoszenia i usunięcia, a także prawo do ograniczenia przetwarzania danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, jeżeli nie jest to ograniczone poprzez inne przepisy prawne;
9. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj. *Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych*), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r;
10. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych jest dobrowolne, jednakże w przypadku nie udzielenia zgody na ich przetwarzanie nie będzie mogła/mógł Pani/Pan realizować swoich praw wynikających z trybu postępowania przy realizacji pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”.

Oświadczam, że zrozumiałem wszystkie informacje wyżej podane i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w treści niniejszego wniosku oraz w zakresie niezbędnych potrzeb wynikających z trybu postępowania przy realizacji pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”.

.....
/ podpis osoby zainteresowanej /lub jej przedstawiciela ustawowego/

.....
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.....
ile semestrów trwa nauka.....

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

Jeśli tak, to który rok/semestr nauki

Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce w bieżącym półroczu/semestrze nauki**: tak nie
(przerwa nauce dotyczy przerwy w kontynuowaniu nauki, np.: urlop zdrowotny, urlop dziekański)

Okres zaliczeniowy w szkole**: semestr rok akademicki (szkolny)

Nauka odbywa się w systemie**: stacjonarnym niestacjonarnym

Forma kształcenia:**

<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> kolegium
<input type="checkbox"/> szkoła policealna	<input type="checkbox"/> inne	

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

Organizacja semestru / półrocza nauki w roku akademickim/..... r.	
Data rozpoczęcia semestru <i>(dzień, miesiąc, rok)</i>	
Data zakończenia semestru <i>(dzień, miesiąc, rok)</i>	
Data rozpoczęcia sesji egzaminacyjnej <i>(dzień, miesiąc, rok)</i>	
Data zakończenia sesji egzaminacyjnej <i>(dzień, miesiąc, rok)</i>	

* - niepotrzebne skreślić
** - właściwe zaznaczyć
*** - jeżeli dotyczy wypełnić

.....
podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

.....
pieczęć zakładu pracy

ZAŚWIADCZENIE
wydane przez Zakład Pracy

Pan/Pani

zamieszkały/a w

nr PESEL

jest zatrudniony/a w

.....
(nazwa, adres i tel. kontaktowy Zakładu Pracy)

na czas określony od dnia: do dnia:

na czas nieokreślony

Na podstawie:

umowy o pracę (pierwsza umowa, kontynuacja)

stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

umowy cywilnoprawnej (pierwsza umowa, kontynuacja)

staż zawodowy

Zakład pracy dofinansowuje koszty nauki na poziomie wyższym:

tak, w wysokości złotych

nie

data i czytelny podpis:.....