



Powiat Jasielski

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jaśle
 Rynek 18, 38-200 Jasło
 Tel/fax 013 44-834-40
 e-mail:
 pcprrjaslo@pcprjaslo.info



Państwowy Fundusz
 Rehabilitacji Osób
 Niepełnosprawnych

Program finansowany ze środków PFRON

Nr wniosku: _____

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
 w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym*(wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu)*

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. Właściwe pole należy zaznaczyć przez zakreślenie .

1. Informacje Wnioskodawcy**DANE PERSONALNE**

Imię Nazwisko Data urodzenia r.

PESEL

W przypadku braku nr PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:

Płeć: kobieta mężczyzna Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonatyGospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (adres) pobyt stały**Kod pocztowy - Miejscowość
(poczta)

Ulica Nr domu nr lok.

Powiat Województwo

 miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

Kontakt telefoniczny: e-mail

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

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI					
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność 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 dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo					
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI					
<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 04-O narząd wzroku	<input type="checkbox"/> 05-R narząd ruchu	<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja
<input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo - pęciowego	<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 11-I Inne	<input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA					
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y od dnia: <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy					
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia: do dnia			Nazwa pracodawcy:		
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony				
<input type="checkbox"/> inny, jaki			Adres miejsca pracy:		
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podst. umowy o pracę				
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podst. powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę			Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:		
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna				
<input type="checkbox"/> staż zawodowy				
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP					
<input type="checkbox"/> na podst. wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr, dokonanego w urzędzie:.....					
.....					
<input type="checkbox"/> inna , jaka i na jakiej podstawie:					
.....					
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza					
Miejsce prowadzenia działalności					

2. Informacje uzupełniające

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
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

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

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

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:			
<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"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych	
<input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim	<input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej	
<input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej	<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej	<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> stacjonarnym <input type="checkbox"/> niestacjonarnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy			
Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			
Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			
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
		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Semestr nauki
Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego)			
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			

5. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półroczu)

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)
Oплата za naukę (czesne)**			
Oплата za naukę (czesne)**			
Oплата 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

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem powiatu jasielskiego 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 na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Jaśle,
- 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/em stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że 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 (nie dotyczy dodatku na pokrycie kosztów kształcenia, które następuje na podstawie Oświadczenia Wnioskodawcy).

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

podpis Wnioskodawcy

6. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersz 11)

Nazwa załącznika		Wypełnia wyłącznie Realizator programu		
		dołączono do wniosku	uzupełniono	data uzupełnienia/ uwagi
1	Kserokopia/skan orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) potwierdzona za zgodność z oryginałem przez organ uprawniony lub kserokopia/skan orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) pod warunkiem przedstawienia jego oryginału do wglądu przy składaniu wniosku.	<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 formularza wniosku).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Oświadczenie 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Oświadczenie o korzystaniu ze środków PFRON w ramach różnych form kształcenia na poziomie wyższym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	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*.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni (zaświadczenie z zakładu pracy o zatrudnieniu) - wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający okres oraz podstawę nawiązania stosunku pracy, a także informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (jeżeli tak, to w jakiej wysokości).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o statusie osoby (w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Kserokopia/skan Karty Dużej Rodziny – oryginał do wglądu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Kserokopia/skan dokumentu potwierdzającego posiadanie przez tłumacza języka migowego wpisu do rejestru Wojewody.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Inne załączniki (należy wymienić):			

* 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.

WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

Nr wniosku.....

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- 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,
- 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,
- 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,
- 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:	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	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
5	Wniosek zawiera wszystkie wymagane załączniki	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
6	Wniosek i załączniki są wypełnione poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

Wniosek przekazany do uzupełnienia w zakresie pkt.:

<i>pieczętka imienna pracownika Realizatora programu</i>	<i>pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu</i>
data, podpis	data, podpis

UZUPEŁNIENIE WNIOSKU (jeżeli dotyczy)

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt.:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
---	---

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU: **POZYTYWNA** **NEGATYWNA**

<i>pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego ponownej weryfikacji formalnej wniosku</i>	<i>pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu</i>
data, podpis	data, podpis

WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU**DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON
W RAMACH PILOTAŻOWEGO PROGRAMU „AKTYWNY SAMORZĄD” MODUŁ II**

Nr wniosku

 POZYTYWNA NEGATYWNA**Deklaracja bezstronności**Oświadczam, że:

- 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,
- 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,
- 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,
- 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)

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

..... zł

Koszty opłaty za naukę (czesne) na kolejnym/ch kierunkach nauki

..... zł

Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia

..... zł

Razem przyznane dofinansowanie

..... zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

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

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

pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących umowę

pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis

data, podpis