



Wniosek złożono w dniu:

Nr sprawy:

RSN.700.12..... 2017

**WNIOSEK** - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

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. (należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola)

Moduł II

pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY – należy wypełnić wszystkie pola**DANE PERSONALNE**

IMIĘ NAZWISKO DATA URODZENIA R.

DOWÓD OSOBISTY SERIA NUMER WYDANY W DNIU R. PRZEZ

WAŻNY DO: PESEL

NR TELEFONU E'MAIL :

ADRES ZAMIESZKANIA:MIEJSCOWOŚĆ KOD POCZTOWY - ULICA NR**ADRES KORESPONDENCYJNY**

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -

(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -

(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

STAN PRAWNY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY I DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI	<input type="checkbox"/> ZNACZNY STOPIEŃ	<input type="checkbox"/> I GRUPA INWALIDZKA	CZY WNIOSKODAWCA PORUSZA SIĘ PRZY POMOCY WÓZKA INWALIDZKIEGO
<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	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

ORZECZENIE DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WAŻNE JEST: OKRESOWO DO DNIA: BEZTERMINOWO**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

<input type="checkbox"/> UPOŚLEDZENIE UMYSŁOWE-01-U	<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU-04-O	<input type="checkbox"/> KRAŻENIE/UKŁ. ODDECHOWY-07-S	<input type="checkbox"/> NEUROLOGICZNE-10-N
<input type="checkbox"/> CHOROBY PSYCHICZNE-02-P	<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU-05-R	<input type="checkbox"/> UKŁAD POKARMOWY-08-T	<input type="checkbox"/> INNE-11-I
<input type="checkbox"/> NARZĄD SŁUCHU-03-L	<input type="checkbox"/> EPILEPSJA-06-E	<input type="checkbox"/> UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY-09-M	<input type="checkbox"/> ZABURZENIA ROZWOJU- 12-C

INFORMACJA NA TEMAT ZATRUDNIENIA	<input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA	GOSPODARSTWO DOMOWE	<input type="checkbox"/> SAMODZIELNE	DOCHÓD NA OSOBE	CZY WNIOSKODAWCA POSIADA KARTĘ DUŻEJ RODZINY
	<input type="checkbox"/> OSOBA NIEPRACUJĄCA		<input type="checkbox"/> WSPÓLNE		
					<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

2. INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

CZY WNIOSKODAWCA KORZYSTAŁ W LATACH UBIEGŁYCH ZE ŚRODKÓW PFRON W RAMACH PROGRAMU STUDENT, STUDENT II, AKTYWNY SAMORZĄD - MODUŁ II	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
JEŚLI WNIOSKODAWCA KORZYSTAŁ Z DOFINANSOWANIA W RAMACH WW. PROGRAMÓW NALEŻY PODAĆ LICZBĘ SEMESTRÓW DO KTÓRYCH UDZIELONO DOFINANSOWANIA	.....
CZY WNIOSKODAWCA LUB JEGO PODOPIECZNY KORZYSTAŁ W CIĄGU OSTATNICH 3 LAT Z DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON W RAMACH INNYCH ZADAŃ (JEŚLI TAK NALEŻY WYPEŁNIĆ ZAŁĄCZNIK NR 4)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
CZY WNIOSKODAWCA POSIADA WYMAGALNE ZOBOWIĄZANIA WOBEC PFRON:	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
CZY WNIOSKODAWCA POSIADA WYMAGALNE ZOBOWIĄZANIA WOBEC REALIZATORA PROGRAMU:	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
JEŻELI TAK, PROSZĘ PODAĆ RODZAJ I WYSOKOŚĆ (W ZŁ) WYMAGALNEGO ZOBOWIĄZANIA: UWAGA! ZA „WYMAGALNE ZOBOWIĄZANIE” NALEŻY ROZUMIEĆ ZOBOWIĄZANIE, KTÓREGO TERMIN ZAPŁATY UPŁYNAŁ	.....

3. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ RÓWNOCZEŚNIE W RAMACH KILKU PONIŻEJ WYMENIONYCH FORM KSZTAŁCENIA LUB POBIERA NAUKĘ NA KILKU KIERUNKACH DANEJ FORMY KSZTAŁCENIA:	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
--	---

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"/> PRZEPROWADZENIE PRZEWODU DOKTORSKIEGO	
<input type="checkbox"/> NAUKA NA UCZELNI ZAGRANICZNEJ	<input type="checkbox"/> STAŻ ZAWODOWY ZA GRANICĄ W RAMACH PROGRAMÓW UE	<input type="checkbox"/> INNE, JAKIE	
OKRES TRWANIA NAUKI W SZKOLE (ILE SEMESTRÓW)		DATA ROZPOCZĘCIA NAUKI/STUDIÓW	
NAUKA ODBYWA SIĘ W SYSTEMIE		NAUKA POBIERANA JEST ZA POŚREDNICTWEM INTERNETU	
<input type="checkbox"/> STACJONARNYM	<input type="checkbox"/> NIESTACJONARNYM	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
CZY PONOSZONE SĄ KOSZTY ZWIĄZANE Z DOJAZDEM NA STUDIA POZA MIEJSCE ZAMIESZKANIA		CZY WNIOSKODAWCA POWTARZAŁ SEMESTR /PÓŁROCZE/ ROK AKADEMICKI W RAMACH WNIOSKOWANEJ FORMY KSZTAŁCENIA	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
ŚRODEK TRANSPORTU	ORIENTACYJNY MIESIĘCZNY KOSZT	JEŚLI TAK ILE RAZY	.....
.....	.....	PRZYCZYNA	.....
PEŁNA NAZWA SZKOŁY			
.....			
MIEJSCOWOŚĆ	ULICA	NR POSESJI	KOD POCZTOWY
POWIAT	WOJEWÓDZTWO	NR TELEFONU	ADRES HTTP://WWW
		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
WYDZIAŁ	KIERUNEK NAUKI	WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ ODPLATNIE	ROK NAUKI SEMESTR NAUKI
CZY WNIOSKODAWCA OTRZYMUJE STYPENDIUM, KTÓRE NIE MA CHARAKTERU CELOWEGO (NP. SOCJALNE, NAUKOWE, Z TYTUŁU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI)*			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
JEŚLI TAK TO Z JAKICH ŹRÓDEŁ:	.....	W JAKIEJ WYSOKOŚCI	.....

4. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (na półrocze)

KOSZTY NAUKI W ROZBIECIU NA POSZCZEGÓLNE SZKOŁY LUB NA POSZCZEGÓLNE KIERUNKI	KOSZT (W ZŁ.)	DOFINANSOWANIE (STYPENDIUM) Z INNYCH ŹRÓDEŁ NIŻ Z PFRON*	KWOTA WNIOSKOWANA (W ZŁ.)
Oplata za naukę (czesne): **			
Oplata za naukę (czesne): **			
Oplata za naukę (czesne): **			
Oplata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich			
DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA			
DODATEK DOT. DOJAZDU NA UCZELNIĘ POZA MIEJSCE ZAMIESZKANIA			
DODATEK Z TYTUŁU POSIADANIA KARTY DUŻEJ RODZINY			
DODATEK Z TYTUŁU POBIERANIA NAUKI NA MIN. DWÓCH KIERUNKACH			
DODATEK DOT. INNYCH KOSZTÓW (NP. TŁUMACZ JĘZYKA MIGOWEGO, BARIER W PORUSZANIU SIĘ)***			
RAZEM			

* tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków szkół i uczelni oraz funduszy strukturalnych lub pracodawcy, należy podać kwotę i źródło

** należy wpisać kierunek studiów/nauki

*** wymaga udokumentowania

5. UZASADNIENIE WNIOSKU – WSKAZAĆ ZWIĄZEK UDZIELENIA DOFINANSOWANIA Z MOŻLIWOŚCIĄ REALIZACJI CELÓW PROGRAMU

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku:

numer rachunku bankowego

nazwa banku

7. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU ORAZ INNE DODATKOWE ZAŁĄCZNIKI

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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2) Oświadczenie o wysokości dochodów (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 przez Realizatora programu oraz PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę	<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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6)	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – zaświadczenie od pracodawcy zawierające informację o okresie zatrudnienia Wnioskodawcy, a także informację dotyczącą wysokości wynagrodzenia oraz otrzymywania od pracodawcy dofinansowania na pokrycie kosztów nauki (jeżeli tak to w jakiej wysokości).- załącznik nr 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7)	Oświadczenie o korzystaniu ze środków PFRON w ramach edukacji na poziomie wyższym - załącznik nr 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8)	W przypadku powtarzania semestru/półrocza z przyczyn niezależnych od Wnioskodawcy (np. stan zdrowia, likwidacja bądź zamknięcie kierunku) – wymagane udokumentowanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Inne załączniki (należy wymienić):			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Oświadczam, że

- nie ubiegam się i nie będę ubiegać się w roku bieżącym o środki finansowe na ten sam cel, za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu),
- 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,
- informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku, zobowiązuje się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora,
- 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.
- 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, która została rozwiązana 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.

Jaworzno, dnia

.....
Podpis Wnioskodawcy

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.

Jaworzno, dnia

.....
Podpis osoby przyjmującej wniosek

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 podpis pracownika przygotowującego umowę

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU – MODUŁ II

Lp	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	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)	Wniosek złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów. (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> - TAK <input type="checkbox"/> - NIE	
4)	Wniosek w dniu przyjęcia zawierał wszystkie wymagane załączniki oraz podpisy, był wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach.	<input type="checkbox"/> - TAK <input type="checkbox"/> - NIE	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia:		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Wniosek uzupełniony w zakresie pkt: (o ile dotyczy)		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Data uzupełnienia wniosku:		...../...../ 20..... r. (o ile dotyczy)	
Weryfikacja formalna wniosku:		<input type="checkbox"/> POZYTYWNA	<input type="checkbox"/> NEGATYWNA

*pieczętka imienna pracownika Realizatora programu
dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

data, podpis: _____

**DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON
MODUŁ II**

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.**

WNIOSKODAWCA POWTARZA SEMESTR/PÓŁROCZE

NIE

TAK
(ODMOWA)

TAK
(Z PRZYCZYŃ NIEZALEŻNYCH
NP. STAN ZDROWIA, LIKWIDACJA
LUB ZAMKNIĘCIE KIERUNKU)

DECYZJA O PRYZNANIU DOFINANSOWANIA

POZYTYWNA

NEGATYWNA

CZESNE:

DOCHÓD WNISKODAWCY	DOCHÓD PONIŻEJ 583,00 ZŁ.			
		TAK		NIE
KWOTA DOFINANSOWANIA WG. DOCHODU	POWYŻEJ 3 000,00 ZŁ..		MAX DO 3 000,00 ZŁ.	
		..... zł.		..... zł.

UDZIAŁ WŁASNY				DOFINANSOWANIE SEMESTRU/PÓŁROCZA OBJĘTEGO UPRZEDNIO DOFINANSOWANIEM			
OSOBA ZATRUDNIONA*					TAK (- 300,00 zł.)		NIE
	TAK		NIE	..... zł.			
DOCHÓD PONIŻEJ 583,00 ZŁ.				WYLICZONA KWOTA DOFINANSOWANIA DO CZESNEGO UWZGLĘDNIAJĄCA POWYŻSZE KRYTERIA			
	NIE		TAK				
- 15 %		ZWOLNIENIE Z UDZIAŁU WŁASNEGO					
 zł.							..... zł.

DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA:

WNIOSKODAWCA ZMIENIŁ KIERUNEK/SZKOŁĘ/UCZELNIĘ I PONOWNIE POBIERA NAUKĘ NA POZIOMIE (SEMESTRZE/PÓŁROCZU) OBJĘTYM UPRZEDNIO DOFINANSOWANIEM

NIE (WYLICZENIE KWOTY ZGODNIE Z TABELĄ)

TAK (DODATEK NIE NALEŻY SIĘ)
--

OBCENIE REALIZOWANY ETAP KSZTAŁCENIA	% z 1000 zł.	PRYZNA NA KWOTA
I ROK NAUKI (z wykluczeniem jednorocznej formy kształcenia)	25 %	.....
JEDNOROCZNA FORMA KSZTAŁCENIA	50 %	.....
II ROK NAUKI		
III ROK NAUKI	75 %	.....
OD IV ROKU NAUKI,	100 %	.....
STUDIA II STOPNIA		
STUDIA DOKTORANCKIE		

ZWIĘKSZENIE Z TYTUŁU	KWOTA MAX	%	KWOTA WYLICZONA
BARIERY KOMUNIKACYJNE LUB TRANSPORTOWE	700,00 zł.	.....	.....
DOJAZD	500,00 zł.	.....	.....
KARTA DUŻEJ RODZINY	300,00 zł.	.....	.....
NAUKA NA DWÓCH KIERUNKACH	300,00 zł.	.....	.....

ŁĄCZNA KWOTA PRYZNANEGO DODATKU UWZGLĘDNIAJĄCA ZWIĘKSZENIA zł.
---	-----------

ŁĄCZNA KWOTA PRYZNANEGO DOFINANSOWANIA (czesne+dodatek) zł.
--	-----------

UZASADNIENIE W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę

data, podpis: _____

pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis: _____

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Przez **przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy** należy 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 2016 r., poz 1518), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek. Dochody z różnych źródeł sumują się, a w przypadku prowadzenia działalności rolniczej – dochód oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2015 r. wg wzoru $[(1.975 \text{ zł.} \times \text{liczba hektarów})/12] / \text{liczba osób w gospodarstwie domowym}$.

Przez pojęcie **gospodarstwo domowe wnioskodawcy** – należy rozumieć w zależności od stanu faktycznego:

- **wspólne gospodarstwo** – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny. Wnioskodawca, który ukończył 25 lat i nie osiąga własnych dochodów jest zaliczany do wspólnego gospodarstwa rodziców / opiekunów,
- **samodzielne gospodarstwo** – gdy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i **może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu**

Ja niżej podpisany(a)
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

zamieszkały(a)
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby (zgodnie z przepisem nr 1):

		<i>Średni miesięczny dochód netto</i>
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:

- średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi zł. (słownie złotych)
(należy wyliczyć zgodnie z przepisem nr 2);
- prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia

miejscowość

.....

podpis Wnioskodawcy

Uwaga:

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana, 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

Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, nie uwzględnia się między innymi: świadczeń rodzinnych wypłacanych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, dodatków rodzinnych i pielęgnacyjnych; świadczeń pomocy materialnej dla uczniów, studentów, uczestników studiów doktoranckich i osób uczestniczących w innych formach kształcenia, pochodzących z budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz ze środków własnych szkół i uczelni – przyznanych na podstawie przepisów o systemie oświaty, Prawo o szkolnictwie wyższym, a także przepisów o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki.

Szczegółowe zasady ustalania dochodu stanowiącego podstawę obliczenia podatku dochodowego od osób fizycznych określone zostały w art. 26 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. 2012. poz. 361 z późn. zm.). **Zgodnie z tym artykułem podstawę obliczenia podatku stanowi dochód po odliczeniu między innymi składek na ubezpieczenie społeczne.**

Uwaga! Wnioskodawca na żądanie Realizatora programu zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym. W takim przypadku wraz z ww. dokumentami należy przedłożyć także zgodę członków gospodarstwa domowego na przetwarzanie ich danych osobowych (zgodnie z załącznikiem nr 2 do formularza wniosku).

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

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

OŚWIADCZENIE
o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych
przez Realizatora programu oraz PFRON

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Realizatora programu tj. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Jaworznie przy ul. Północnej 9b (administratora danych) oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, a także Oddział Śląskiego PFRON z siedzibą w Katowicach przy Pl. Grunwaldzkim 8-10/8 będą przetwarzane w celu realizacji programu, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w pilotażowym programie „Aktywny samorząd”.

Niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca którego dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu we wniosku o dofinansowanie.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Realizatora programu tj. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jaworznie przy ul. Północnej 9b (administrator danych) oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, a także Oddział Śląski PFRON z siedzibą w Katowicach przy Pl. Grunwaldzkim 2-10/8 w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm).

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

.....
pieczęć szkoły/uczelni

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni
dla potrzeb Realizatora programu Aktywny Samorząd

PAN/PANI

PESEL

ROZPOCZĄŁ(ĘŁA) NAUKĘ / KONTYNUUJE NAUKĘ* W.....

.....
(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)

ROK NAUKI SEMESTR NAUKI

ILOŚĆ SEMESTRÓW W WW. FORMIE KSZTAŁCENIA

MIEJSCE POBIERANIA NAUKI ILOŚĆ ZJAZDÓW W MIESIĄCU

(miejsowość)

CZY PAN/PANI POWTARZA SEMESTR/PÓŁROCZE: TAK NIE

CZY PAN/PANI KORZYSTA Z PRZERWY W NAUCE: TAK NIE

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"/> PRZEPROWADZENIE PRZEWODU DOKTORSKIEGO
<input type="checkbox"/> NAUKA NA UCZELNI ZAGRANICZNEJ	<input type="checkbox"/> STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE	<input type="checkbox"/> INNE, JAKIE

NAUKA JEST ODPLATNA: TAK NIE

WYSOKOŚĆ KWOTY CZESNEGO ZA JEDNO PÓŁROCZE** (w odniesieniu do ww. Studenta) zł.

CZESNE WW. STUDENTA W BIEŻĄCYM PÓŁROCZU JEST DOFINANSOWANE: TAK NIE

ZE ŚRODKÓW w wysokości:zł.

ZE ŚRODKÓW w wysokości:zł.

ORGANIZACJA ROKU AKADEMICKIEGO (SZKOLNEGO)/..... R. W JEDNYM PÓŁROCZU:	
DATA ROZPOCZĘCIA SEMESTRU (dzień, miesiąc, rok)	
DATA ZAKOŃCZENIA SEMESTRU (dzień, miesiąc, rok)	
DATA ROZPOCZĘCIA SESJI EGZAMINACYJNEJ (dzień, miesiąc, rok)	
DATA ZAKOŃCZENIA SESJI EGZAMINACYJNEJ (dzień, miesiąc, rok)	
DATA ROZPOCZĘCIA OBOWIĄZKOWYCH PRAKTYK** (dzień, miesiąc, rok)	
DATA ZAKOŃCZENIA OBOWIĄZKOWYCH PRAKTYK** (dzień, miesiąc, rok)	

podpis i pieczęć pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

data, podpis: _____

*-niepotrzebne skreślić

** - jeżeli dotyczy

.....
pieczęć Pracodawcy

ZASWIADCZENIE
wydane przez Pracodawcę
dla potrzeb Realizatora programu Aktywny Samorząd

PAN/PANI

PESEL

adres zamieszkania

Jest zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę / umowy zlecenia / umowy o dzieło / spółdzielczej umowy o pracę* / innej (jakiej)

od dnia do dnia

uzyskał/a średni miesięczny dochód za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku w wysokości netto.

Jednocześnie informuję, że ww. pracownik otrzymuje/nie otrzymuje* dofinansowanie do nauki w wysokości zł. (słownie:).

* niepotrzebne skreślić

..... dnia
Miejscowość,

.....
Pieczęć i podpis osoby wystawiającej zaświadczenie

OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON W RAMACH EDUKACJI NA POZIOMIE WYŻSZYM

- Oświadczam, że dotychczas otrzymałem/łam dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu:*
- „STUDENT – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych,
- „STUDENT II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych”,
- „Aktywny samorząd” Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym.

FORMA EDUKACJI NA POZIOMIE WYŻSZYM **												
STUDIA PIERWSZEGO STOPNIA	ROK NAUKI											
	I			II			III					
	SEMESTR											
	I	II	III	IV	V	VI						
STUDIA DRUGIEGO STOPNIA	ROK NAUKI											
	I				II							
	SEMESTR											
	I	II	III	IV								
JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE	ROK NAUKI											
	I	II	III	IV	V	VI						
	SEMESTR											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
STUDIA PODYPLOMOWE	SEMESTR											
	I	II	III	IV	V							
STUDIA DOKTORANCKIE	ROK NAUKI											
	I	II	III	IV								
	SEMESTR											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII				
SZKOŁA POLICEALNA	SEMESTR											
	I	II	III	IV								

- Nie korzystałem/am do tej pory z dofinansowania ze środków PFRON do edukacji na poziomie wyższym.

Jaworzno, dnia

.....
podpis Wnioskodawcy

* Należy zaznaczyć odpowiednią kratkę
** Należy zakreślić właściwy rok i semestr