



WNIOSEK „P” - 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.

Moduł II

pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.

przez.....ważny do: Płeć: kobieta mężczyzna

PESEL

Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu.....

nr tel. komórkowego:.....

e'mail (o ile dotyczy):

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

- firma handlowa - media - Realizator programu - PFRON - inne, jakie:

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"/> NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie:	<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej	<input type="checkbox"/> innym
<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O	Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni	Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni
<input type="checkbox"/> osoba niewidoma		
<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma		

<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (<i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i>):				
<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11- I inne
<input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe
<input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne				

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

<input type="checkbox"/> zarejestrowana/y w urzędzie pracy, jako:	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy i nie pozostający/nie pozostająca w zatrudnieniu	
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia:	Nazwa pracodawcy: Adres miejsca pracy: Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę,	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę	
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna	
<input type="checkbox"/> staż zawodowy	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr..... dokonanego w urzędzie:
Nr NIP:	<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności:

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR? (nie dotyczy pomocy w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym ze środków PFRON w ramach programów PFRON: STUDENT, STUDENT II oraz AKTYWNY SAMORZĄD - MODUŁ II, tylko innych zadań finansowanych ze środków PFRON)						tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Razem uzyskane dofinansowanie:						

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:	tak <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 upłynął	
Strona 3	

I. Czy Wnioskodawca korzystał już z dofinansowania do pomocy w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym w ramach programu AKTYWNY SAMORZĄD – MODUŁ II za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pszczynie, ul. Dworcowa 23?

tak

nie

II. Czy Wnioskodawca korzystał już z dofinansowania do pomocy w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym w ramach programów PFRON, w tym STUDENT; STUDENT II, AKTYWNY SAMORZĄD - MODUŁ II za pośrednictwem innego Realizatora niż Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pszczynie?

tak

nie

Jeśli zaznaczono TAK w pytaniu II, proszę uzupełnić tabelę poniżej.

Nazwa programu PFRON, w ramach którego Wnioskodawca uzyskał dofinansowanie do pomocy w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym <u>(jeśli dotyczy)</u> : STUDENT; STUDENT II; AKTYWNY SAMORZĄD – MODUŁ II /Inny Realizator niż PCPR Pszczyna/	Semestr/półrocze roku szkolnego/akademickiego objęty dofinansowaniem w ramach danego programu PFRON (proszę o uwzględnienie <u>każdego semestru/półrocza</u> w ramach, którego zawierana była umowa <u>w osobnym wierszu</u>)	Numer i data zawarcia umowy (proszę o uwzględnienie każdej umowy w osobnym wierszu)	Forma edukacji: nazwa szkoły, kierunek szkoła policealna; kolegium; szkoła wyższa; przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)

Razem liczba semestrów/półroczy, w ramach których Wnioskodawca uzyskał dofinansowanie ze środków PFRON do pomocy w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym w ramach programów PFRON (STUDENT; STUDENT II; AKTYWNY SAMORZĄD – MODUŁ II):(dot. dofinansowania uzyskanego z PCPR Pszczyna oraz od innego Realizatora)

Oświadczam, iż uzyskała/em / nie uzyskałam/em dofinansowanie do limitu 20 semestrów/półroczy różnych form kształcenia na poziomie wyższym, w ramach programów PFRON.(proszę podkreślić właściwe)

3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł II

<p>Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie w ramach kilku, poniżej wymienionych, form kształcenia lub pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p><i>Jeśli „TAK”, poniższą Tabelę należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły (kierunku nauki) oddzielnie.</i></p>
--

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/uczelni.....				
.....				
.....				
Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy	
Powiat	Województwo	Nr telefonu	adres http://www	
Wydział	Kierunek nauki	Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie (należy wpisać TAK lub NIE)	Rok nauki	Semestr nauki

4. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze/semestr)

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł*	Wkład własny	Kwota wnioskowana (w zł)
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			X	
DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA			X	
Razem				

*tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych lub pracodawcy, należy podać kwotę i źródło dofinansowania ** należy wpisać kierunek studiów/nauki*

5. Informacje uzupełniające dot. dodatku na pokrycie kosztów kształcenia /podstawa 1.000zł/

Czy Wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny? <i>Możliwe: zwiększenie dodatku, nie więcej niż o 300zł</i>	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak: Jeżeli zaznaczono TAK należy dołączyć kopię dokumentu do wniosku.	
Czy Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania? <i>Możliwe: zwiększenie dodatku, nie więcej niż o 500zł</i>	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak:	
Dodatkowe koszty ponoszone z powodu barier w poruszaniu się lub barier w komunikowaniu się: <i>Możliwe: zwiększenie dodatku, nie więcej niż o 700zł</i> /należy udokumentować oświadczeniem Wnioskodawcy , określającym w jakim zakresie korzysta z pomocy asystenta ON lub tłumacza migowego oraz oświadczeniem osoby pełniącej ww. funkcję określającym wykonywane zadania (wyłącznie, gdy pomoc ta nie jest finansowana z innych źródeł)	Pomoc asystenta osoby niepełnosprawnej: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak:	Pomoc tłumacza migowego: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak:
Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki lub studiuje w przyspieszonym trybie <i>Możliwe: zwiększenie dodatku, nie więcej niż o 300zł</i>	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak: Jeżeli zaznaczono TAK należy dołączyć zaświadczenia z każdej uczelni/szkoły - wzór zaświadczenia z uczelni stanowi zał. nr 3 do wniosku.	
Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2017 lub w 2018 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych Zgodnie z definicją określoną w ust. 31 pkt 18 dokumentu „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2018 roku” <i>Możliwe: zwiększenie dodatku, nie więcej niż o 300zł</i>	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak: Jeżeli zaznaczono TAK - zdarzenie powinno być udokumentowane/potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, policję)	
WAŻNE: Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia nie przysługuje w przypadku, gdy Wnioskodawca w ramach danej formy kształcenia na poziomie wyższym, zmieniając kierunek lub szkołę/uczelnę w trakcie pobierania nauki, ponownie pobiera naukę na poziomie (semestr/półrocze) objętym uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON w ramach programu <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak:		

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY* (lub uczelni, gdy dotyczy opłat za przeprowadzenie przewodu doktorskiego przez osobę, która nie jest uczestnikiem studiów doktoranckich) na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

numer rachunku bankowego

nazwa banku

* lub należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Pszczynie;
- 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.pcprpszczyna.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 **nie byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie;
- 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 (1-6) oraz dodatkowe (wiersze od 7)

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dolącono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu Wnioskodawcy (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Informacja o przetwarzaniu danych osobowych (zał. nr 2 do wniosku)	<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. <u>Uwaga!</u> 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"/>	Strona 7

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 – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (<i>jeżeli tak to w jakiej wysokości</i>) oraz informację o rodzaju umowy o pracę oraz na jaki okres została zawarta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia Karty Dużej Rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Inne dodatkowe załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	