

Data wpływu:

Nr sprawy:

**WNIOSEK „M-II”  
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego  
programu „Aktywny samorząd”**

**Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym**

**INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM  
WNIOSKODAWCY**

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Wartość
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

**ADRES ZAMIESZKANIA (POBYT STAŁY)**

Nazwa pola	Wartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Ulica:</b>	

Wniosek nr:

Aktywny samorząd – Moduł II

<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

**ADRES KORESPONDENCYJNY** Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

**ADRES ZAMELDOWANIA** Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	

Wniosek nr:

Aktywny samorząd – Moduł II

**Poczta:**

**WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY**

- średnie ogólne  
 średnie zawodowe  
 policealne  
 wyższe  
 inne, jakie:

**DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

- Nie dotyczy

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

**STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Wartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

- 05-R – narząd ruchu
- Wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
  - Dysfunkcja obu kończyn górnych
- 04-O – narząd wzroku
- osoba niewidoma
  - osoba głuchoniewidoma

Inne przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- osoba głucha
  - osoba głuchoniema
- 06-E – epilepsja
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne:
- 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

Nazwa pola	Wartość
<b>Niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY**

- nie dotyczy
- nieaktywna/y zawodowo
- bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)
- Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):
- poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniona/y)
- działalność gospodarcza
- działalność rolnicza
- zatrudniona/y

**Informacje dotyczące zatrudnienia (o ile dotyczy)**

Forma zatrudnienia	Osoba jest zatrudniona od dnia
<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	

**INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON**

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON na dofinansowanie do edukacji na poziomie wyższym:

tak  nie

Data otrzymania dofinansowania (dzień, miesiąc, rok)	Rok studiów	Semestr	Forma studiów	Wydział	Kierunek

Czy Wnioskodawca korzystał z dofinansowania ze środków PFRON w ramach innych zadań niż dofinansowanie do edukacji w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie):

tak  nie

Zadanie	Kwota dofinansowania

**Zobowiązania wobec PFRON i Realizatora programu**

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:

 tak  nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:

 tak  nie

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

Wnioskodawca otrzymał na pokrycie kosztów wskazanych w poniższej tabeli (tabela na stronie 8 i kolejnych) dofinansowanie (stypendium) z innych źródeł, tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych, innych:

 tak  nie

Jeżeli tak, należy podać rodzaj kosztu jaki został/zostanie dofinansowany z innych źródeł (należy podać nazwę źródła i wysokości pomocy), formę, kierunek nauki, w ramach której Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie w okresie objętym dofinansowaniem ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:

 tak  nie**ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU**

- firma handlowa  
 media  
 Realizator programu  
 PFRON  
 inne, jakie:

**ŚREDNI DOCHÓD**

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo:

 indywidualne  wspólne

Średni miesięczny dochód Wnioskodawcy (dotyczy gospodarstwa indywidualnego):

Liczba osób w gospodarstwie domowym wraz z Wnioskodawcą (dotyczy gospodarstwa wspólnego):

Stopień pokrewieństwa	Średni dochód

Wniosek nr:

Aktywny samorząd – Moduł II


**Średni dochód na członka gospodarstwa domowego (dotyczy gospodarstwa wspólnego):**

**Średni dochód (przeciętny miesięczny dochód Wnioskodawcy)** - dochód netto 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:  $[(3.399 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ .



## FORMA KSZTAŁCENIA KTÓRA MA ZOSTAĆ DOFINANSOWANA NA PODSTAWIE NINIEJSZEGO WNIOSKU

Czy Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie z PFRON na ten sam semestr:

tak  nie

### I. Kierunek

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie<br><input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia<br><input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia<br><input type="checkbox"/> studia podyplomowe<br><input type="checkbox"/> studia doktoranckie<br><input type="checkbox"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych<br><input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim<br><input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych | <input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej<br><input type="checkbox"/> nauka w uczelni zagranicznej<br><input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej<br><input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)<br><input type="checkbox"/> szkoła doktorska |
|---|--|

Nazwa pola	Wartość
<b>Nauka odbywa się w systemie:</b>	<input type="checkbox"/> stacjonarnym <input type="checkbox"/> niestacjonarnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>System niestacjonarny:</b>	<input type="checkbox"/> zaoczny <input type="checkbox"/> wieczorowy <input type="checkbox"/> eksternistyczny
<b>Nauka za pośrednictwem internetu:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Rok akademicki/szkolny:</b>	
<b>Semestr nauki:</b>	
<b>Data rozpoczęcia semestru:</b>	
<b>Data zakończenia semestru:</b>	

**DANE UCZELNI/SZKOŁY****I. Kierunek**

Nazwa pola	Wartość
Rodzaj uczelni:	<input type="checkbox"/> uczelnia wyższa <input type="checkbox"/> inna
Pełna nazwa szkoły (uczelnia wyższa):	
Pełna nazwa szkoły lub jednostki, w której otwarty został przewód doktorski:	
Województwo:	
Powiat:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Ulica:	
Nr budynku:	
Telefon:	
Adres WWW:	
Wydział:	
Kierunek:	
Specjalność:	

**WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE)**

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:

 tak    nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztów opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

Wniosek nr:

Aktywny samorząd – Moduł II

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za naukę (czesne):

tak  nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty za naukę (czesne):	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztu opłaty za naukę (czesne) – z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

Wnioskodawca stara się o dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:

tak  nie

Dodatek na pokrycie innych kosztów kształcenia - niezależnie od liczby kierunków/form kształcenia	Maksymalna kwota dofinansowania, zgodnie z zasadami programu	Kwota wnioskowana (nie może być wyższa od kwoty maksymalnej)
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca posiada podpis elektroniczny lub Profil Zaufany na platformie ePUAP i składa wnioski o dofinansowanie do edukacji w Systemie SOW:	800 zł	
Podstawowa kwota dodatku:	1000 zł	
Zwiększenie w sytuacjach, które określił Realizator programu (PCPR) - kryteria dostępne u Realizatora programu:	700 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:	500 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca posiada Kartę Dużej Rodziny:	300 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki:	300 zł	
Zwiększenie w przypadku studiów/nauki w przyspieszonym trybie:	200 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawcą jest osobą poszkodowaną w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:	300 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego:	300 zł	
Suma:	X	

Maksymalna przyznana kwota dodatku na pokrycie kosztów kształcenia:

- Może być równa kwocie maksymalnej w przypadku gdy:
  - a) Wnioskodawca pobiera naukę na studiach III stopnia (doktoranckich)
  - b) Wnioskodawca pobiera naukę na studiach II stopnia (magisterskich uzupełniających)
  - c) Wnioskodawca pobiera naukę co najmniej na trzecim roku nauki w ramach wszystkich form edukacji
- Może stanowić do 75 % kwoty maksymalnej w przypadku gdy:
  - a) Wnioskodawca pobiera naukę w ramach form kształcenia trwających tylko jeden rok
  - b) Wnioskodawca pobiera naukę na drugim roku nauki w ramach wszystkich form edukacji
- Może stanowić do 50% kwoty maksymalnej w przypadku gdy:
  - a) Wnioskodawca pobiera naukę na pierwszym roku nauki w ramach wszystkich form edukacji.

W kolumnie: "Wnioskowana kwota dofinansowania" Wnioskodawca wypełnia te wiersze, które go dotyczą.

## II. Kierunek

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie<br><input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia<br><input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia<br><input type="checkbox"/> studia podyplomowe<br><input type="checkbox"/> studia doktoranckie<br><input type="checkbox"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych<br><input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim<br><input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych | <input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej<br><input type="checkbox"/> nauka w uczelni zagranicznej<br><input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej<br><input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)<br><input type="checkbox"/> szkoła doktorska |
|---|--|

Nazwa pola	Wartość
<b>Nauka odbywa się w systemie:</b>	<input type="checkbox"/> stacjonarnym <input type="checkbox"/> niestacjonarnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>System niestacjonarny:</b>	<input type="checkbox"/> zaoczny <input type="checkbox"/> wieczorowy <input type="checkbox"/> eksternistyczny
<b>Nauka za pośrednictwem internetu:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Rok akademicki/szkolny:</b>	
<b>Semestr nauki:</b>	
<b>Data rozpoczęcia semestru:</b>	
<b>Data zakończenia semestru:</b>	

## DANE UCZELNI/SZKOŁY

### II. Kierunek

Nazwa pola	Wartość
<b>Rodzaj uczelni:</b>	<input type="checkbox"/> uczelnia wyższa <input type="checkbox"/> inna
<b>Pełna nazwa szkoły (uczelnia wyższa):</b>	
<b>Pełna nazwa szkoły lub jednostki, w której otwarty został przewód doktorski:</b>	
<b>Województwo:</b>	

Wniosek nr:

Aktywny samorząd – Moduł II

<b>Powiat:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr budynku:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Adres WWW:</b>	
<b>Wydział:</b>	
<b>Kierunek:</b>	
<b>Specjalność:</b>	

### WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE)

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:

 tak  nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztów opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za naukę (czesne):

 tak  nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty za naukę (czesne):	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztu opłaty za naukę (czesne) – z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

**III. Kierunek**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie                  | <input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej   |
| <input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia                      | <input type="checkbox"/> nauka w uczelni zagranicznej   |
| <input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia                        | <input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej                                      |
| <input type="checkbox"/> studia podyplomowe                             | <input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich) |
| <input type="checkbox"/> studia doktoranckie                            | <input type="checkbox"/> szkoła doktorska   |
| <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 |   |

Nazwa pola	Wartość
<b>Nauka odbywa się w systemie:</b>	<input type="checkbox"/> stacjonarnym <input type="checkbox"/> niestacjonarnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>System niestacjonarny:</b>	<input type="checkbox"/> zaoczny <input type="checkbox"/> wieczorowy <input type="checkbox"/> eksternistyczny
<b>Nauka za pośrednictwem internetu:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Rok akademicki/szkolny:</b>	
<b>Semestr nauki:</b>	
<b>Data rozpoczęcia semestru:</b>	
<b>Data zakończenia semestru:</b>	

**DANE UCZELNI/SZKOŁY****III. Kierunek**

Nazwa pola	Wartość
<b>Rodzaj uczelni:</b>	<input type="checkbox"/> uczelnia wyższa <input type="checkbox"/> inna
<b>Pełna nazwa szkoły (uczelnia wyższa):</b>	
<b>Pełna nazwa szkoły lub jednostki, w której otwarty został przewód doktorski:</b>	
<b>Województwo:</b>	

Wniosek nr:

Aktywny samorząd – Moduł II

<b>Powiat:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr budynku:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Adres WWW:</b>	
<b>Wydział:</b>	
<b>Kierunek:</b>	
<b>Specjalność:</b>	

### WNOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE)

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:

tak  nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztów opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za naukę (czesne):

tak  nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty za naukę (czesne):	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztu opłaty za naukę (czesne) – z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

**PODSUMOWANIE (WSZYSTKIE KIERUNKI)**

Nazwa pola	Wartość
Całkowity koszt opłaty za naukę:	
Udział własny:	
Wnioskowana kwota dofinansowania na naukę:	
Wnioskowana kwota dofinansowania dodatku:	
Wnioskowana kwota dofinansowania razem:	
Procentowy udział własny wnioskodawcy:	
Udział kwoty wnioskowanej w całkowitych kosztach opłaty:	

**INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

Nazwa pola	Wartość
Średnia ocen w poprzednim semestrze w ramach wszystkich form edukacji i kierunków:	

**DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY**

na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku  
(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Wartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku	

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.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy
Data, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):		Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:



## Moduł II

.....  
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.....

Czy Pan/Pani powtarzał(a) rok nauki:  tak  nieCzy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce:  tak  nieOkres zaliczeniowy w szkole:  semestr  rok akademicki (szkolny)Nauka odbywa się w systemie:  stacjonarnym  niestacjonarnymNauka odbywa się w trybie przyspieszonym  tak  nie

Okres trwania nauki (ilość semestrów) .....

## 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 pracowników służb społecznych
<input type="checkbox"/> kolegium nauczycielskie	<input type="checkbox"/> nauczycielskie kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> szkoła policealna
<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej		

Nauka jest odpłatna:  tak  nie Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze\*\*  
(w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi: ..... złCzesne ww. Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane:  nie  tak - ze środków\*\*:

1. .... w wysokości:..... zł

2. .... 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)

\*niepotrzebne skreślić

\*\*jeżeli dotyczy

Pieczęć i podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

data, podpis, pieczęć:

.....  
(pieczęć zakładu pracy)

### ZASWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU

Zaświadcza się, że:

Pan/Pani .....  
zamieszkały/a .....

.....  
(ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy)

nr PESEL \_\_\_\_\_

jest zatrudniony/a w .....

na postawie (zaznaczyć właściwą formę zatrudnienia)

forma zatrudnienia:

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę ( pierwsza umowa kontynuacja)

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

umowa cywilnoprawna ( pierwsza umowa kontynuacja)

staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2019 r., poz. 1482, z późn. zm.)

inna forma zatrudnienia (jaka): .....

zatrudnienie na czas (okresy zatrudnienia w ramach wyżej wymienionych form sumują się jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres zatrudnienia) (należy zaznaczyć odpowiednie):

określony: od dnia ..... r. do dnia ..... r.

nieokreślony: od dnia ..... r.

wyżej wymieniona osoba korzysta z pomocy finansowej pracodawcy na pokrycie kosztów kształcenia (należy zaznaczyć odpowiednie):

nie

tak, w następującym zakresie:

– forma kształcenia:

szkoda policealna    jednolite studia magisterskie    studia pierwszego stopnia    studia drugiego stopnia

studia podyplomowe    kolegium pracowników służb społecznych    kolegium nauczycielskie    nauczycielskie

kolegium języków obcych    studia doktoranckie    przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi    nauka na uczelni zagranicznej

– nazwa szkoły/uczelni: .....

– kierunek nauki: .....

– wysokość pomocy finansowej:

semestr zimowy (pierwszy) roku akademickiego/szkolnego 20..... / 20..... - ..... zł

semestr letni (drugi) roku akademickiego/szkolnego 20..... / 20..... - ..... zł

.....  
(data, podpis i pieczęć imienia pracownika upoważnionego do wystawienia zaświadczenia)

1. Administratorem danych osobowych jest Realizator programu oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Administrator danych osobowych zobowiązany jest przestrzegać zasad przetwarzania danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem 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 (ogólnie rozporządzenie o ochronie danych – RODO), a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2018r. poz.1000, z późn. zm.).
2. Podanie danych osobowych przez wnioskodawcę jest dobrowolne i nie wymaga wyrażenia przez wnioskodawcę zgody na przetwarzanie danych osobowych. Przekazanie danych osobowych przez wnioskodawcę jest warunkiem zawarcia umowy dofinansowania. Niepodanie danych oznacza brak możliwości rozpatrzenia wniosku i zawarcia umowy dofinansowania, a w konsekwencji brak możliwości udzielenia pomocy w ramach programu.
3. Dane osobowe przekazywane przez wnioskodawców przetwarzane są w stopniu niezbędnym w celu realizacji programu i oceny jego funkcjonowania, a także w innych prawnie uzasadnionych celach.
4. Realizator programu przekazuje lub udostępnia dane osobowe uczestników programu do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zgodnie z zasadami wskazanymi w umowie w sprawie realizacji programu.
5. Dane osobowe uczestników programu mogą być także przetwarzane na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w celu realizacji zasad określonych w programie (np. w celu uzyskania opinii eksperta PFRON lub przeprowadzenia ewaluacji programu).
6. Dane osobowe zgromadzone w formie papierowej są przechowywane nie dłużej niż przez okres 10-ciu lat. Dane osobowe zgromadzone w wersji elektronicznej są przechowywane przez okres nie dłuższy niż 20 lat.
7. Informację na temat bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych w ramach programu administrator danych osobowych udostępnia na swojej witrynie internetowej.

.....  
*Data i podpis Wnioskodawcy*

## Wymagane załączniki do wniosku:

- 1) kserokopia (oryginał do wglądu) aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego;
- 2) zaświadczenie wystawione przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni, tj. dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (dotyczy również studentów uczelni zagranicznych) – a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego – **załącznik nr 1**
- 3) w przypadku wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wypełnione przez pracodawcę zaświadczenie - **załącznik nr 2**
- 4) klauzula informacyjna – **załącznik nr 3**
- 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;
- 6) w przypadku refundacji kosztów, zapłacona (opatrzone adnotacją: zapłacono gotówką/przelewem w dniu.....) i podpisana przez wnioskodawcę faktura VAT wskazująca miejsce zamieszkania we Włocławku (lub inne dowody księgowe, a także potwierdzenie poniesienia kosztu w formie zaświadczenia wydanego przez uczelnię/szkołę, gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe), dotycząca opłaty za naukę (czesne) za semestr/półroczne, na które ma być udzielona pomoc – o ile dotyczy;
- 7) kserokopia (oryginał do wglądu) Karty Dużej Rodziny - o ile dotyczy;
- 8) w przypadku osób poszkodowanych w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych – dokument potwierdzający zdarzenie wystawiony przez np. przez MOPR, Straż pożarną, Policję – o ile dotyczy;
- 9) kserokopia (oryginał do wglądu) dokumentu potwierdzającego korzystanie z usług tłumacza języka migowego – o ile dotyczy;
- 10) uzasadnienie trudności w funkcjonowaniu w środowisku w związku z posiadaną niepełnosprawnością, w przypadku gdy wnioskodawca posiada znaczny stopień niepełnosprawności i niepełnosprawność sprzężoną z tytułu co najmniej dwóch wymienionych schorzeń: 05-R, 04-O, 03-L – o ile dotyczy;
- 11) w przypadku studentów/uczniów, którzy powtarzają semestr nauki i wnioskują ponownie o dofinansowanie semestru na tej samej formie kształcenia, dokument potwierdzający, że powtarzanie semestru/półrocza/roku szkolnego lub akademickiego jest spowodowane przyczynami od niego niezależnymi (np. stan zdrowia, likwidacja kierunku).