

Data wpływu do PCPR w Koninie:.....

Nr sprawy:.....



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” MODUŁ II POMOC W UZYSKANIU WYKSZTAŁCENIA NA POZIOMIE WYŻSZYM

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.

Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola DANE PERSONALNE

Imię.....Nazwisko.....		
PESEL Data urodzenia r.		
Płeć: kobieta mężczyzna Stan cywilny: wolna/y zamężna/zonaty		
Dowód osobisty seria numer wydany przez		
data wydania...../ ważny do		
Nr telefonu:..... e'mail.....		
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały/adres korespondencyjny		ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)
Ulica		Ulica
Nr domu nr lok.		Nr domu nr lokalu
Kod pocztowy - (poczta)		Kod pocztowy - (poczta)
Miejscowość		Miejscowość
Powiat.....Gmina.....		Powiat
Województwo		Województwo
miasto <5 tys. mieszkańców miasto >=5 tys. mieszkańców wieś		
STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo		
całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	znaczny stopień	I grupa inwalidzka
całkowita niezdolność do pracy	umiarkowany stopień	II grupa inwalidzka
częściowa niezdolność do pracy	lekki stopień	III grupa inwalidzka

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI – przyczyna wydania orzeczenia

01-U - upośledzenie umysłowe; 02-P - choroby psychiczne; 03-L - zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu; osoba głucha 04-O - choroby narządu wzroku; osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma 05-R - upośledzenie narządu ruchu; jednej kończyny górnej obu kończyn górnych jednej kończyny dolnej obu kończyn dolnych innym	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; dysfunkcja narządu ruchu osoba porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego 11-I - inne, 12 - C – całościowe zaburzenia rozwojowe dysfunkcja narządu ruchu
---	--

osoba nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego

osoba porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego

elektrycznego

osoba porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

niezatrudniona/y: od dnia:.....

nie dotyczy

bezrobotna/y

poszukująca/y pracy

Należy dołączyć odpowiednie zaświadczenie z PUP

Zatrudniony – okres: od dnia: do dnia:

na czas nieokreślony..... na inny okres.....

Miejsce pracy (wraz z adresem):

Działalność gospodarcza – NIP:

Działalność rolnicza – miejsce prowadzenia:

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

.....
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)

Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat:

nie

tak

Przyznana kwota.....zł

Wnioskodawca posiada zobowiązania wobec:

PFRON

Realizatora programu

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

.....
Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

Średni miesięczny dochód netto: gospodarstwo samodzielne wspólne

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

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

Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:

nauka w szkole policealnej	kolegium pracowników służb społecznych
studia pierwszego stopnia	kolegium nauczycielskim
studia drugiego stopnia	nauczycielskie kolegium języków obcych
jednolite studia magisterskie	przeprowadzenie przewodu doktorskiego <i>(dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)</i>
studia podyplomowe	nauka na uczelni zagranicznej
studia doktoranckie	inna.....

NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA

Nazwa szkoły.....

Kod pocztowyMiejscowość ulica.....

Nr domuTelefon:.....NIP/REGON.....

Kierunek nauki:	Rok nauki	Semestr nauki
Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie: tak nie		

Wydział:

Specjalność:

Okres trwania nauki <i>(ile semestrów)</i>	Data rozpoczęcia nauki/studiów (dzień-miesiąc-rok)
---	---

Okres trwania semestru:

od dnia:..... do dnia:.....

Studiuje na uczelni publicznej **tak** **nie**

Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym (studiuje w trybie dziennym) niestacjonarnym nie dotyczy

Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu:	tak	nie
--	------------	------------

Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia:	tak	nie
---	------------	------------

Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie do powtarzanego semestru	tak	nie
---	------------	------------

Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie do powtarzanego roku akademickiego	tak	nie
---	------------	------------

Czy Wnioskodawca zmienił kierunek lub uczelnie i ponownie rozpoczyna naukę od poziomu objętego uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
--	-------------------------------------	-------------------------------------

Wnioskodawca napotyka bariery w komunikowaniu się		tak	nie
Wnioskodawca napotyka bariery w poruszaniu się		tak	nie
Wnioskodawca poddaje się leczeniu onkologicznemu, oczekuje na przeszczep, bądź przeszedł operację przeszczepu narządów lub tkanek		tak	nie
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): <i>należy wpisać I kierunek studiów/nauki</i>			
udział własny w przypadku osoby zatrudnionej – 15% kosztów czesnego			
Oплата za naukę (czesne): <i>należy wpisać II kierunek:</i>			
udział własny w przypadku osoby zatrudnionej – 65% kosztów czesnego			
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

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku)?				tak	nie
Cel (nazwa programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy
Razem uzyskane dofinansowanie:					
Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu	- firma handlowa - media - Realizator programu - PFRON - inne, jakie:				

Oświadczam, że:

1. 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,
2. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcpr.konin.pl
3. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
4. 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.
5. w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: **tak** - **nie**,
6. posiadam środki na pokrycie udziału własnego w opłacie za czesne w okresie objętym dofinansowaniem: **tak** - **nie**,
7. 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 oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)	
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)		
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru) – zał. nr 2		
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu – zał. nr 3		

4.	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. <i>Uwaga! Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia odrębny dokument dla każdej szkoły lub kierunku nauki. Wzór określony w załączniku 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.</i>		
5.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni wypełniony zał. nr 5		
6.	Oświadczenie dot. ilości semestrów w których wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON – zał. 6		
7.	Kalkulacja dodatku na pokrycie kosztów kształcenia – zał. nr 7		
8.	Oświadczenie dot. ubiegania się o dofinansowanie zgodnie z miejscem zamieszkania – zał. nr 8		
9.	Kserokopia Karty Dużej Rodziny (jeśli dotyczy)		
10.	Zaświadczenie lekarskie (dot. tylko osób ubiegających się o zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia)		
11.	Wkładka dot. kolejnych semestrów (jeśli dotyczy)		
12.	Dokument z odpowiedniej jednostki potwierdzający poniesienie szkody w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych.		
13.	Inne załączniki (należy wymienić):		
14.			