

Wniosek złożono:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

program finansowany ze środków PFRON

Wypełnia Realizator programu

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, adresowana do osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, pobierających naukę w szkole wyższej lub szkole policealnej lub kolegium, a także do osób mających przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

Imię Nazwisko Data urodzeniar.

PESEL Płeć: kobieta mężczyzna

W przypadku braku nr PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość

Stan cywilny: wolna/y zamężna/zonaty Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)

Kod pocztowy - , Miejscowość

(poczta)

Gmina, Ulica

Nr domu nr lok. Powiat, Województwo

miasto wieś

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

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

Kontakt telefoniczny: nr kier. nr telefonu

nr tel. komórkowego:.....

e-mail (o ile dotyczy):.....

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: okresowo do dnia: bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie:
- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych | <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych | <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej |
| <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej | <input type="checkbox"/> innym | |

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

 NARZĄD WZROKU 04-O

- osoba niewidoma
 osoba niedowidząca
 osoba głuchoniewidoma

Lewe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....
 Zwężenie pola widzenia: stopni

Prawe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....
 Zwężenie pola widzenia: stopni

INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

- | | | | | |
|---|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
<input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA | <input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - pęciowego | <input type="checkbox"/> 11- I inne |
| <input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne | <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 |

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

niezatrudniona/y: od dnia:..... bezrobotna/y poszukująca/y pracy nie dotyczy

zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia:

na czas nieokreślony inny, jaki:

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

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

umowa cywilnoprawna staż zawodowy

Nazwa pracodawcy:

Adres miejsca pracy:

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

działalność gospodarcza Nr NIP:, na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanej w urzędzie:

inna, jaka i na jakiej podstawie:

działalność rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności:

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

- średnie ogólne średnie zawodowe policealne
- wyższe

2. 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 (kierunek nauki) oddzielnie.

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

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

Okres trwania nauki w szkole(ile semestrów) Data rozpoczęcia nauki/studiów

Czy nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym

Czy Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: tak nie

Czy Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie: tak nie

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

Pełna nazwa szkoły:

Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy	
Powiat	Województwo	Nr telefonu	adres http://www	
Wydział	Kierunek nauki	NIP	Rok nauki	Semestr nauki

Czy Wnioskodawca pobiera naukę na kierunku zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego):

tak nie

Jeśli tak, to jaki?

3. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze)

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł*	Wkład własny w wysokości %	Kwota wnioskowana (w zł)
Oplata za naukę (czesne):**				
Oplata za naukę II kierunku (czesne, o ile dotyczy)**				
Oplata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich (do 4 000,00 zł)				
DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA (do 1000 zł)				

Wniosek „P” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Ewentualne zwiększenie dodatku w przypadku ponoszenia kosztów z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania (do 500 zł)				
Ewentualne zwiększenie dodatku w przypadku posiadaczy aktualnej (ważnej) Karty Dużej Rodziny (do 300 zł)				
Ewentualne zwiększenie dodatku w przypadku pobierania nauki jednocześnie na dwóch kierunkach studiów (do 300 zł)				
Ewentualne zwiększenie dodatku w przypadku gdy wnioskodawca studiuje w przyspieszonym trybie (do 200 zł)				
Ewentualne zwiększenie dodatku w przypadku gdy wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (zgodnie z zapisami kierunków działań, do 300 zł)				
Ewentualne zwiększenie dodatku w przypadku gdy wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego (do 300 zł)				
Ewentualne zwiększenie dodatku w przypadku gdy wnioskodawca jest osobą głuchą, niewidomą lub poruszającą się na wózku inwalidzkim potwierdzone zaświadczeniem od lekarza specjalisty (do 700,00 zł)				
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

4. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie		tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Nazwa zadania w ramach, którego udzielono wsparcia:	Wysokość udzielonego dofinansowania		
.....		
.....		
.....		
.....		
Razem uzyskane dofinansowanie:			

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:.....

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

Ile semestrów do chwili złożenia wniosku było objęte dofinansowaniem ze środków PFRON w ramach różnych form edukacji:

5. Informacje uzupełniające

STRONA 5

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.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak: <input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny niepełnosprawności
---	--

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

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

numer rachunku bankowego

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

właściciel rachunku bankowego

.....

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatowego: **PCPR we Wrześni** 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: www.pcprwrzesnia.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,
- 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.
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego (o ile dotyczy)

MODUŁ II - wysokość udziału własnego wnioskodawcy (w kosztach czesnego):

Liczba form kształcenia jednocześnie objętych dofinansowaniem w ramach programu	Wnioskodawcy zatrudnieni:	Wnioskodawcy <u>nie</u> zatrudnieni:
Jedna forma kształcenia na poziomie wyższym (na jednym kierunku)	15%	x
Więcej niż jedna forma kształcenia na poziomie wyższym (więcej niż jeden kierunek)	65% *	50% *

* warunek dotyczy drugiej i kolejnych form kształcenia na poziomie wyższym (drugiego i kolejnych kierunków).

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 (wiersze 6-12)

STRONA 6

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (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 (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.	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 . 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"/>	
5.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (jeżeli tak to w jakiej wysokości, załącznik nr 4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia Karty Dużej Rodziny (aktualna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Oświadczenie wnioskodawcy o ubieganiu się o dofinansowanie wyłącznie w PCPR we Wrześni (załącznik nr 5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Zaświadczenie pracodawcy (o ile dotyczy załącznik nr 6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Oświadczenie o korzystaniu z programu (załącznik nr 7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Zaświadczenie od lekarza specjalisty w przypadku ubiegania się o zwiększenie dodatku dla osoby głuchej, niewidomej czy poruszającej się na wózku inwalidzkim (o ile dotyczy załącznik nr 8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	