

Wniosek złożono w .....  
w dniu .....

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

#### 1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

##### DANE PERSONALNE

Imię ..... Nazwisko ..... Data urodzenia ..... r.

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

przez ..... ważny do dnia ..... r.

PESEL ..... Płeć:  kobieta  mężczyzna

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- <b>U</b> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> - <b>OSOBA GŁUCHA</b> | <input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - pęciowego | <input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne                            |
| <input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne    | <input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja   | <input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego            | <input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne              | <input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> 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 ....., dokonanego 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	Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	Rok nauki	Semestr nauki
		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		

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 rozbiu 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)
Opłata za naukę (czesne): .....**				
Opłata za naukę (czesne): .....**				
Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich				
DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA (do 1000 zł)				
Ewentualne zwiększenie dodatku w przypadku ponoszenia kosztów z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania ( do 500 zł)				

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

Ewentualne zwiększenie dodatku w przypadku posiadaczy aktualnej Karty Dużej Rodziny (do 300 zł)				
Ewentualne zwiększenie dodatku w przypadku pobierania nauki jednocześnie na dwóch kierunkach studiów (do 300 zł)				
<b>Razem</b>				

\* 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. Uzasadnienie składanego wniosku**

**STRONA 4**

Należy wykazać związek pomiędzy udzieleniem dofinansowania, a możliwością realizacji celów programu „Aktywny samorząd”

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**5. 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?						tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Cel <small>(nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)</small>	Przedmiot dofinansowania <small>(co zostało zakupione ze środków PFRON)</small>	Beneficjent <small>(imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)</small>	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>							

**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: .....

## 6. 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.

nie  tak:  2 przyczyny  
 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 przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.pcpwrzesnia.pl](http://www.pcpwrzesnia.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).

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

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

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 7-12)

STRONA 6

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 przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (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 3 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 4 do wniosku) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego. <b>Uwaga!</b> Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia <b>odrębny dokument</b> dla każdej szkoły lub kierunku nauki. Wzór określony w załączniku nr 4 do wniosku <b>nie dotyczy</b> 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).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia Karty Dużej Rodziny (aktualna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.		<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"/>	