

Wniosek złożono w Starostwie Powiatowym w
Człuchowie w dniu

Nr sprawy:



program finansowany ze środków

Wypełnia Realizator programu
PFRON

WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu
„Aktywny samorząd”- Moduł II- pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym.

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz starostwo@czluchow.org.pl

W 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.

Prawidłową odpowiedź zaznaczyć "X".

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

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

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

przez..... Płeć: kobieta mężczyzna

PESEL

Stan cywilny: wolna/y zamężna/zonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA - pobyt stały

Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok.

Powiat

Województwo

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

Dodatkowe informacje:

Numer telefonu:.....

E-mail:

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania
w ramach programu

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

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

całkowita niezdolność do pracy i 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

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo

Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona tzn. występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności

tak (proszę wpisać kody:.....) nie

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie ze środków PFRON w programie „STUDENT”, STUDENT II” lub „Aktywny Samorząd”- Moduł II (pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym) ?				tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Ilość dofinansowanych semestrów/półroczy w ramach w/w programów (podać cyfrę)				
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Data zawarcia umowy	Numer umowy	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
1.....	
2.....	
3.....	
4.....	
5.....	
6.....	
7.....	
8.....	
9.....	
10.....	
11.....	
12.....	
13.....	
14.....	
15.....	
16.....	
17.....	
18.....	
19.....	
20.....	

Pełna nazwa szkoły/uczelni:	
Wydział/kierunek/specjalizacja	
Szkoła/uczelnia jest szkoła/uczelnia państwową : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Adres szkoły/uczelni:	
..... (ulica, nr domu, nr lok, miejscowość, kod, powiat, województwo)	
Wnioskodawca pobiera naukę	
a) odpłatnie:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
b) w systemie :	<input type="checkbox"/> stacjonarnym <input type="checkbox"/> niestacjonarnym
c) za pośrednictwem Internetu:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Data rozpoczęcia nauki/studiów	Liczba semestrów.....
Rok nauki/studiów	Semestr nauki/studiów.....
Czy wniosek dotyczy powtarzania semestru nauki?	
<input type="checkbox"/> tak (wskazać rok/semestr nauki/studiów.....) <input type="checkbox"/> nie	

4. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze/semestr roku szkolnego/akademickiego)

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Wysokość odpłatności lub kosztu (w zł)	Wysokość dofinansowania (stypendium) z innych źródeł niż PFRON źródeł*	Kwota wnioskowana (w zł)
Oplaty za naukę (czesne) – równowartość kosztów czesnego w ramach aktualnie realizowanej formy kształcenia na poziomie wyższym na pierwszym kierunku UWAGA! W przypadku, gdy Wnioskodawca ponosi koszty związane z równoczesną nauką na kilku kierunkach studiów lub szkołach/uczelniach – ponoszone z tego tytułu koszty należy wpisać w oddzielnym wierszu			
Oplaty za naukę (czesne) – równowartość kosztów czesnego w ramach aktualnie realizowanej formy kształcenia na poziomie wyższym na drugim kierunku			
Dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego			
Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia w tym zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia			
Razem			

* tj. m.in. 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

<p>DANE RACHUNKU BANKOWEGO, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku</p> <p>Wyrażam zgodę na przelew dofinansowania na poniższy rachunek</p>

Nazwa

Banku:

Numer rachunku bankowego |_|_| - |_|_|_|_| - |_|_|_|_| - |_|_|_|_| - |_|_|_|_| - |_|_|_|_| - |_|_|_|_|

Właściciel/współwłaściciel rachunku bankowego (jeżeli dotyczy)

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, § 1 Kodeksu karnego i pouczony o jego treści: „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”. **Oświadczam, że:**

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Człuchowskiego,
2. 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,
3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w roku 2016 (m.in. z Kierunkami działań oraz warunkami brzegowymi obowiązującymi realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2016 roku – Załącznik do uchwały nr 3/2016 Zarządu PFRON z dnia 22 lutego 2016 r.) - które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: starostwo@czluchow.org.pl,
4. 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,
5. 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,
6. zobowiązuję się niezwłocznie zgłaszać Staroście Człuchowskiemu o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku,
7. obecnie nie korzystam z przerwy w kontynuowaniu nauki, w trakcie której nie ponoszę kosztów nauki (m.in. urlop dziekański, urlop zdrowotny),
8. w ciągu ostatnich 3 lat **nie byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy

WKŁAD WŁASNY - WYPEŁNIĆ JEŚLI DOTYCZY!

Posiadam środki finansowe w wysokości wystarczającej na obowiązkowy wkład własny kwoty brutto do realizacji zadania - wynikający z Kierunkami działań oraz warunkami brzegowymi obowiązującymi realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2016 roku – Załącznik do uchwały nr 3/2016 Zarządu PFRON z dnia 22 lutego 2016 r.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy

Uwaga! W przypadkach, w których wymagane jest złożenie kserokopii dokumentów niezbędne jest przedstawienie oryginałów do wglądu.

WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU

5. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		Zaznaczyć właściwe		
		Dolączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
5.1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów 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"/>	
5.3.	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, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.4.	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni 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. <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/uczelni 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.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.5.	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"/>	
5.6.	Kserokopia dowodu osobistego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.7.	Karta Dużej Rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.8.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuje się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku:/...../ 20..... r.
-------------------------------------	----------------------------

<i>Data, podpis pracownika/ów dokonujących weryfikacji formalnej wniosku</i>

WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON	
pozytywna: <input type="checkbox"/> w ramach Modułu II	negatywna: <input type="checkbox"/> w ramach Modułu II
<u>Deklaracja bezstronności</u>	
Oświadczam, że:	
1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą, 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku, 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy, 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.	
Zobowiązuje się do:	
- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy, - spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie, - niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności, - zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.	
DOFINANSOWANIE W RAMACH MODUŁU II	
Koszty nauki dofinansowywane	Kwota dofinansowania w zł
Czesne -opłata za naukę zł
Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich zł
Koszty kształcenia zł
RAZEM: zł
UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:	

<i>Data, pieczętka imienna Starosty Człuchowskiego</i>

<i>Data, podpis pracownika/ów przygotowujących umowę i obecnych przy podpisywaniu umowy</i>

