

.....  
pieczęć szkoły/uczelni

## ZAŚWIADCZENIE

do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny Samorząd”  
Moduł II pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

Uczeń/student .....

nr PESEL .....

rozpoczął(ęła) naukę / kontynuuje naukę\* w .....

.....  
(pełna nazwa, adres szkoły/uczelni)

na wydziale: .....

kierunku: .....

specjalności: .....

Data rozpoczęcia nauki/studiów: .....

Obecnie realizowany rok nauki/studiów: .....

Obecnie realizowany semestr nauki: .....

Średnia ocen za poprzedni semestr lub rok akademicki (tylko jeśli okresem zaliczeniowym jest rok akademicki) .....

Czas trwania nauki łączna ilość semestrów/ półroczy w toku nauki: .....

### Prawidłową odpowiedź zaznaczyć „X”

Student / uczeń studiuje w przyspieszonym trybie ☐ nie ☐ tak, tj.: .....

Student / uczeń studiuje w spowolnionym trybie: ☐ nie ☐ tak, tj.: .....

Czy uczeń/student pobiera równocześnie naukę na kilku kierunkach: ☐ tak (podać liczbę ....) ☐ nie

Czy uczeń/student powtarzał semestr nauki: ☐ tak (podać rok/semestr ...../.....) ☐ nie

Z jakiego powodu uczeń/student powtarzał semestr nauki: .....

Czy uczeń/student korzystał z przerwy w nauce: ☐ tak (podać w jakim okresie ..... ) ☐ nie

Okres zaliczeniowy w szkole/uczelni: ☐ semestr/ półrocze ☐ rok szkolny/akademicki

<sup>1</sup> studia w przyspieszonym trybie – należy przez to rozumieć indywidualną organizację studiów lub indywidualny tok studiów, przyjęty na podstawie decyzji uczelni, umożliwiając skrócenie okresu trwania studiów, przy czym program studiów w przyspieszonym trybie (np. trzy semestry w ciągu roku akademickiego) musi być zgodny z obowiązującymi standardami kształcenia dla danego kierunku studiów i zgodny z obowiązującym planem ogólnym studiów;

<sup>2</sup> spowolnienie toku studiów – należy przez to rozumieć indywidualną organizację studiów/nauki lub indywidualny tok studiów/nauki, przyjęty na podstawie decyzji uczelni/szkoły, umożliwiając wydłużenie okresu trwania studiów/nauki (np. jeden semestr w ciągu roku akademickiego/szkolnego). O ile decyzja o spowolnieniu toku studiów/nauki nie jest decyzją o powtarzaniu roku, wnioskodawca może korzystać z pomocy w module II na zasadach ogólnych.

Nauka odbywa się w systemie: ☐ stacjonarnym(dziennym) ☐ niestacjonarnym (wieczorowym, zaocznym lub eksternistycznym, w tym za pośrednictwem Internetu)

**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"/> przewód doktorski	<input type="checkbox"/> inna (jaka?), proszę wpisać poniżej	

Nauka jest odpłatna: ☐ tak ☐ nie

Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze dla ww. ucznia/studenta wynosi: ..... zł.

Uczeń/student otrzymał lub otrzyma dofinansowanie do czesnego:

☐ nie ☐ tak (podać za jaki okres ..... ) z następujących źródeł:

1 . ..... w wysokości:..... zł

2 . ..... w wysokości:..... zł

<b>Organizacja roku szkolnego/akademickiego ...../..... r. w jednym półroczu:</b>	
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)	
Data rozpoczęcia obowiązkowych praktyk (o ile dotyczy) (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia obowiązkowych praktyk (o ile dotyczy) (dzień, miesiąc, rok)	

.....  
Miejscowość, data

.....  
Pieczętka i podpis upoważnionego pracownika właściwej jednostki  
organizacyjnej szkoły/uczelni

.....  
(pieczęć szkoły/uczelni)

**ZAŚWIADCZENIE**  
**do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”**  
**Moduł II pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym**

Uczeń/student.....  
(imię i nazwisko)

nr PESEL .....

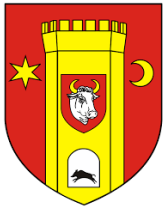
**pobiera(ł) naukę w formie zdalnej, w tym w systemie hybrydowym**

☐ - w poprzednim semestrze .....  
(podać semestr i rok szkolny/akademicki)

☐ - w obecnym semestrze .....  
(podać semestr i rok szkolny/akademicki)

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Pieczęć i podpis upoważnionego pracownika właściwej  
jednostki organizacyjnej szkoły/uczelni)



## Klauzula RODO

W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych w ramach realizacji programu „Aktywny samorząd, na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 RODO tj. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 04.05.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informujemy, że:

1. Administratorami Państwa danych osobowych są:

- a) Starosta Człuchowski ul. Wojska Polskiego 1, 77-300 Człuchów,
- b) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa (PFRON)

2. Starostwo przetwarza Państwa dane osobowe, by zrealizować zadania dotyczące rehabilitacji zawodowej i społecznej osób z niepełnosprawnościami. PFRON przetwarza Państwa dane osobowe w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu „Aktywny samorząd” oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.

3. Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych jest:

- a) ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz.U. z 2018 r. poz. 511 ze zm.), która jest podstawą uruchomienia i realizacji programu „Aktywny samorząd”. Warunki realizacji programu „Aktywny samorząd” zostały określone w:

- dokumencie pn „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów programu Aktywny samorząd w 2025 roku”,
- załączniku nr 3 do uchwały zarządu PFRON nr 19/2020 z 04.03.2020 r. pn. „Zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach Modułu I i II pilotażowego programu Aktywny samorząd”,

- b) zawarta umowa o dofinansowanie.

4. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych przez Starostwo Powiatowe w Człuchowie możecie się Państwo kontaktować z Inspektorem ochrony danych osobowych:

- a) pisemnie: Starostwo Powiatowe w Człuchowie ul. Wojska Polskiego 1, 77-300 Człuchów).
- b) poprzez e-mail: [iod@czluchow.org.pl](mailto:iod@czluchow.org.pl)

5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości realizacji usługi, o którą się Państwo staracie.

6. Przysługuje Państwu prawo do:

- dostępu do swoich danych (na zasadach opisanych w art. 15 RODO);
- sprostowania swoich danych osobowych (na zasadach opisanych w art. 16 RODO);
- żądania usunięcia danych (na zasadach opisanych w art. 17 i 23 RODO).

7. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

8. Państwa dane osobowe będą ujawniane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Dane również mogą zostać ujawnione podmiotom realizującym usługi na rzecz Starostwa.

Zapoznałem/łam się

.....  
data i czytelny podpis

.....  
(pieczęć zakładu pracy)

## ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU

**Zaświadcza się, że:**

**Pan/Pani**

.....  
**nr PESEL** \_ \_ \_ \_ \_

**jest zatrudniony na stanowisku**

.....  
**forma zatrudnienia** (należy zaznaczyć odpowiednie):

- ☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę  
☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę  
☐ umowa cywilnoprawna  
☐ staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U.2024 r. poz.475 z późn. zmian.)  
☐ 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.

**Średnie miesięczne wynagrodzenie netto wynosi:** <sup>1</sup> .....

**wyżej wymieniona osoba korzysta z pomocy finansowej pracodawcy na pokrycie kosztów**

**kształcenia** (należy zaznaczyć odpowiednie):

- ☐ nie  
☐ tak, w następującym zakresie:  
– forma kształcenia:  
☐ szkoła 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:

.....  
.....

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

<sup>1</sup> **wynagrodzenie wnioskodawcy** – należy przez to rozumieć dochód za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek o dofinansowanie

## OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, § 1 Kodeksu karnego i pouczony(a) 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 od 6 miesięcy do lat 8*”,  
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 i stanem faktycznym, oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. zapoznałem/łam się z zasadami udzielania pomocy w ramach programu „Aktywny samorząd” w roku 2025 (m.in. z dokumentem „*Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów programu Aktywny Samorząd w 2025 r.*”), które przyjmuje do wiadomości i stosowania, oraz przyjąłem/łam do wiadomości, że treść programu jest dostępna pod adresem [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) a także na stronie internetowej Starostwa Powiatowego w Człuchowie ([starostwo.czluchow.org.pl](http://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 spełnienie 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 zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
6. zobowiązuję się niezwłocznie informować realizatora programu o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku (w tym o posiadaniu nowego, aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, które kopię/ skan należy dostarczyć NIEZWŁOCZNIE po jego uzyskaniu),
7. przyjmuję do wiadomości, że uzyskane dofinansowanie będzie wypłacane w formie refundacji poniesionych kosztów (z wyjątkiem Modułu I, obszar D) na podstawie przedłożonych dokumentów rozliczeniowych,
8. obecnie nie korzystam z przerwy w kontynuowaniu nauki, w trakcie której nie ponoszę kosztów nauki (m.in. Urlop dziekański, urlop zdrowotny),
9. **w ciągu ostatnich trzech lat nie byłem/łam stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.**

.....  
miejscowość, data

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy

## WKŁAD WŁASNY

(wypełnić jeśli dotyczy)

Oświadczam, że posiadam środki finansowe w wysokości wystarczającej na obowiązkowy wkład własny kwoty brutto do realizacji zadania – wynikający z dokumentu „*Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów programu Aktywny samorząd w 2025 roku*” (punkt 22).

.....  
miejscowość, data

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI PRZECIĘTNEGO MIESIĘCZNEGO DOCHODU,  
W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH**  
(wypełnić TYLKO jeśli we wniosku nie zaznaczono opcji „Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia...”)

Ja niżej podpisany/a .....  
(imię i nazwisko)

niniejszym oświadczam, że (**należy zaznaczyć właściwe**):

- ☐ prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe<sup>1</sup>,  
☐ razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym<sup>2</sup>, pozostają następujące osoby:

		Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą (np. Mąż, żona, syn, córka itd.)	Średni miesięczny dochód netto (zł)
1	wnioskodawca	X	
2	Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego wnioskodawcy		
3			
4			
5			
6			
7			
		RAZEM	

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam co następuje:

1. wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu (netto) w gospodarstwie domowym<sup>1</sup> wynosi:

..... zł, tj. .... zł na osobę  
(łączna kwota) (kwota łączna podzielona przez liczbę osób)

Przez przeciętny miesięczny dochód należy przez to rozumieć dochód 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 2022 r. Poz. 615 z późn. zmian.), 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 2023 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 20 września 2024 r. - M.P. 2024, poz. 820), według wzoru:  $[(5451 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ ; UWAGA: dochody z różnych źródeł sumują się.

2. prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

<sup>1</sup> przez gospodarstwo domowe wnioskodawcy, w zależności od stanu faktycznego, należy rozumieć:

- samodzielne gospodarstwo - gdy wnioskodawca mieszka oraz utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów lub przy wsparciu właściwych instytucji, ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu,

2- wspólne gospodarstwo - gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny, przy czym wnioskodawcę, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów ani nie korzysta ze wsparcia właściwych instytucji, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/ opiekunów.

**UWAGA:** Na żądanie Starostwa Powiatowego w Człuchowie Wnioskodawca zobowiązany jest dostarczyć dowody poświadczające wysokość uzyskanych dochodów. W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez Realizatora środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu.

## **OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU Z USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO**

Ja niżej podpisany/a .....  
(imię i nazwisko)

**oświadczam, że:**

☐ korzystam

☐ nie korzystam

**z usług tłumacza języka migowego.**

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)



wydane przez lekarza specjalistę związanego z rodzajem niepełnosprawności wnioskodawcy  
(dotyczy wyłącznie wnioskodawców ubiegających się o zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia)

**Pan/Pani** .....

nr PESEL

<b>narządu słuchu</b>	<b>pacjent jest osobą głuchą</b>	<i>data, pieczęć i podpis lekarza specjalisty</i>
<b>narządu wzroku</b>	<b>pacjent jest osobą niewidomą</b>	<i>data, pieczęć i podpis lekarza specjalisty</i>
<b>narządu ruchu</b>	<b>pacjent jest osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim</b>	<i>data, pieczęć i podpis lekarza specjalisty</i>

## INFORMACJA DOTYCZĄCA POWTARZANEGO SEMESTRU/PÓŁROCZA NAUKI

(dotyczy wyłącznie wnioskodawców ubiegających się o ponowne dofinansowanie  
semestru/półrocza nauki ze środków PFRON)

**Oświadczam, że powtarzam następujący semestr/półrocze/a/rok nauki:  
pełna nazwa i adres uczelni/szkoły:**

.....  
.....

**wydział:**

.....  
.....

**kierunek:**

.....  
.....

**specjalność:**

.....  
.....

**forma kształcenia:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> szkoła policealna                                     | <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"/> kolegium pracowników służb społecznych |
| <input type="checkbox"/> kolegium nauczycielskie                               | <input type="checkbox"/> nauczycielskie kolegium języków obcych | <input type="checkbox"/> studia doktoranckie                    |
| <input type="checkbox"/> przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi | <input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej          |   |

**powtarzany rok nauki:** ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

**powtarzany semestr/półrocze nauki:** ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12

**powód powtarzania semestru/półrocza/roku nauki:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**powtarzany semestr/półrocze /rok nauki był/o już dwukrotnie dofinansowany/e ze środków PFRON:**

☐ nie ☐ tak

**niniejszym wnioskiem ubiegam się o ponowne objęcie pomocą finansową semestru/półrocza ze środków PFRON:** ☐ nie ☐ tak

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy)