

Wniosek złożono w Starostwie Powiatowym  
w Człuchowie w dniu .....

Nr sprawy:



**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](http://www.pfron.org.pl) oraz [starostwo@czluchow.org.pl](mailto:starostwo@czluchow.org.pl)

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. (rok 2018)

Prawidłową odpowiedź zaznaczyć "X".

**1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola!!!**

**DANE PERSONALNE**

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

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

przez..... Płeć:  kobieta  mężczyzna

PESEL

Stan cywilny:  wolna/y  zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA**

Kod pocztowy   -    .....  
(poczta)

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   -    .....  
(poczta)

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, forma kształcenia, semestr/rok akademicki jaki dofinansowano) <b>Przykład:</b> <b>AS2017/s.lic.;s.m;s.p/sem:III/rok:2</b>	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.....	.....	.....	.....	.....	
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>					
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? (nie dotyczy korzystania przez Wnioskodawcę z wcześniej wymienionych programów „STUDENT”, „STUDENT II” oraz „Aktywny Samorząd”- moduł II, które zostały wymienione w tabeli na str. 3)				tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
<b>Uwaga!</b> Należy pominąć dofinansowania do uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych oraz dofinansowania do zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych realizowanych przez ośrodki pomocy społecznej					



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, który był uprzednio objęty dofinansowaniem ze środków PFRON?	
<input type="checkbox"/> tak ( wskazać rok/semestr nauki/studiów.....) <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> pierwszy raz <input type="checkbox"/> drugi raz <input type="checkbox"/> trzeci raz	
Powód powtarzania: <input type="checkbox"/> niezadawalające wyniki w nauce <input type="checkbox"/> stan zdrowia <input type="checkbox"/> inne jakie? .....	
Wnioskodawca zmienia kierunek lub szkołę/uczelnię, ponownie rozpoczyna naukę od poziomu (semestru/półrocza) objętego uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON: <input type="checkbox"/> tak <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)
<b>Oplata za naukę (czesne)</b> – równowartość kosztów czesnego w ramach aktualnie realizowanej formy kształcenia na poziomie wyższym na pierwszym kierunku <b>UWAGA!</b> W przypadku, gdy Wnioskodawca ponosi koszty związane z równoczesną nauką na kilku kierunkach studiów lub szkołach/uczelniami – ponoszone z tego tytułu koszty należy wpisać w oddzielnym wierszu			
<b>Oplata za naukę (czesne)</b> – równowartość kosztów czesnego w ramach aktualnie realizowanej formy kształcenia na poziomie wyższym na drugim kierunku			
<b>Dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego</b>			
<b>Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia</b> w tym zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia			
<b>Razem</b>			

\* 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

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

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Człuchowskiego,
- 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” w roku 2018 (m.in. z Kierunkami działań oraz warunkami brzegowymi obowiązującymi realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2018 roku – Załącznik do uchwały nr 5/2018 Zarządu PFRON z dnia 31 stycznia 2018 r.) - które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjmuję do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także pod adresem: [starostwo@czluchow.org.pl](mailto: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 2018 roku – Załącznik do uchwały nr 5/2018 Zarządu PFRON z dnia 31 stycznia 2018 r.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis Wnioskodawcy

**Uwaga! Przy składaniu wniosku o dofinansowanie niezbędne jest okazanie dowodu osobistego, orzeczenia o niepełnosprawności oraz Karty Dużej Rodziny.**

## WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU

### 5. Spis załączników do wniosku:

Lp.	Nazwa załącznika	Zaznaczyć właściwe		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
5.1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)			
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. <b>Uwaga!</b> 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.	<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.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### 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.

#### Zobowiązuję 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:		...../...../ 2018r.	

Data, podpis pracownika/ów dokonujących weryfikacji formalnej wniosku

# DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna:  w ramach Modułu II

negatywna:  w ramach Modułu II

## 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.

### Zobowiązuję 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
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
<b>RAZEM:</b>	..... 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>



## KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie Art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych RODO) informuję, że:

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych w Starostwie Powiatowym w Człuchowie jest Starosta Człuchowski (ul. Wojska Polskiego 1, 77-300 Człuchów).
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych w Starostwie Powiatowym: e-mail: [iod@czluchow.org.pl](mailto:iod@czluchow.org.pl) lub Starostwo Powiatowe w Człuchowie ul. Wojska Polskiego 1, 77-300 Człuchów.
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu zawarcia umowy. W takim przypadku podanie danych w wymaganym zakresie jest niezbędne, a konsekwencją ich niepodania jest brak możliwości realizacji przez nas treści żądania lub zawarcia umowy. W przypadku zbierania danych w oparciu o Państwa zgodę, można odmówić przekazania danych, przy czym może się to wiązać z brakiem możliwości wzięcia udziału w danym przedsięwzięciu, projekcie lub otrzymaniu danego świadczenia. Dodatkowo mogą nam Państwo przekazać dane opcjonalne, które nie warunkują realizacji usługi lub zawarcia umowy, przy czym mogą np. usprawnić komunikację między nami (jeśli ich nie otrzymamy, nie będziemy mogli np. dzwonić pod numer kontaktowy).
4. Państwa dane osobowe mogą zostać przekazane innym organom publicznym i podmiotom, wyłącznie w sytuacji, gdy istnieje podstawa prawna do tego typu działań. Państwa dane mogą być czasowo przekazane również podmiotom przetwarzającym je w naszym imieniu. Przetwarzanie Państwa danych ujętych w systemach informatycznych powierzamy również podmiotom obsługującym lub udostępniającym nam te systemy, przy czym zakres przetwarzania ograniczony jest tylko i wyłącznie do zakresu związanego z realizacją zadań w tych systemach.
5. Dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
6. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.
7. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres realizacji niniejszej sprawy wynikający z przepisów dotyczących instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt i działania archiwów zakładowych.
8. Mają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uważają Państwo, że przetwarzanie Państwa danych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (2016/679) z dnia 27 kwietnia 2016 r.
9. Mają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania przy czym musi to być zgodne z przepisami prawa na podstawie których odbywa się przetwarzanie.
10. Podane przez Państwa dane osobowe są wymogiem ustawowym. Niepodanie tych danych będzie skutkowało niemożnością załatwienia sprawy lub znacznie wydłuży czas trwania sprawy.

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis Wnioskodawcy