Wniosek złożono w w dniu:	Nr sprawy: PFRON.8373. 2016	Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

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.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola ☐)

☐ **Moduł II** (pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym)

1. Informacje Wnioskodawcy – *należy wypełnić wszystkie pola*

DANE PERSONALNE

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

Dokument potwierdzający tożsamość:..... seria ..... numer .....

wydany w dniu.....r. przez .....

ważny do.....

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały	**ADRES ZAMELDOWANIA** (**należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania**)
Kod pocztowy ☐☐-☐☐☐ ..... (poczta)	Kod pocztowy ☐☐-☐☐☐..... (poczta)
Miejscowość	Miejscowość .....
Ulica	Ulica .....
Nr domu ..... nr lok. ..... Powiat	Nr domu ..... nr lokalu .....
Województwo	Powiat .....
☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ inne miasto ☐ wieś	Województwo .....
Adres korespondencyjny (**jeśli jest inny od adresu zamieszkania**):	**Kontakt telefoniczny**: nr kier. ... ..nr telefonu..... nr tel. komórkowego:..... e’mail (*o ile dotyczy*): .....

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu	☐ - firma handlowa ☐ - media ☐ - **Realizator programu** ☐ - PFRON ☐ - inne, jakie:

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

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność 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

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

☐ **NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie: ☐ **obu** kończyn górnych ☐ **jednej** kończyny górnej

☐ **obu** kończyn dolnych ☐ **jednej** kończyny dolnej ☐ 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 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*):

☐ 01-**U** upośledzenie umysłowe	☐ 03-**L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ - **OSOBA GŁUCHA**	☐ 07-**S** choroby układu oddechowego i krążenia	☐ 09-**M** choroby układu moczowo - płciowego	☐ 11-**I** inne
☐ 02-**P** choroby psychiczne	☐ 06-**E** epilepsja	☐ 08-**T** choroby układu pokarmowego	☐ 10-**N** choroby neurologiczne	☐ 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**....., **dokonanego w urzędzie:** .....

☐ **inna, jaka i na jakiej podstawie:**.....

☐ **działalność rolnicza**

Miejsce prowadzenia działalności: .....

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE		
☐ podstawowe	☐ gimnazjalne	☐ zawodowe
☐ średnie ogólne	☐ średnie zawodowe	☐ policealne
☐ wyższe	☐ inne, jakie:	

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ		
☐ ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	☐ LICEUM	☐ TECHNIKUM
☐ SZKOŁA POLICEALNA	☐ KOLEGIUM	☐ INNA, jaka:
☐ STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	☐ STUDIA PODYPLOMOWE	☐ STUDIA DOKTORANCKIE
☐ STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE		☐**nie dotyczy**

NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA

Nazwa szkoły ..... **klasa/rok** ..... **Kod pocztowy** .....

Miejscowość ..... **ulica** ..... **Nr domu** .....

Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji: .....

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie, w tym poprzez PCPR lub PFRON?	tak ☐ nie ☐

Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	**Przedmiot dofinansowania** (co zostało zakupione ze środków PFRON)	**Beneficjent** (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
				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, zgodnie z ust. 25 pkt 29 dokumentu "Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu "Aktywny samorząd" w 2016 roku

3. Informacja o korzystaniu z dofinansowania do kosztów nauki ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał już z dofinansowania do pokrycia kosztów nauki ze środków PFRON, jeżeli tak proszę wypełnić informację poniżej, w ramach:	tak ☐ nie ☐
"STUDENT"- kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych	Ilość semestrów dofinansowanych ze środków PFRON: .....
"STUDENT II"- kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych	Ilość semestrów dofinansowanych ze środków PFRON: .....
"Aktywny samorząd - pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym	Ilość semestrów dofinansowanych ze środków PFRON: .....
Razem dofinansowanych semestrów :	**.....**

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł II

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 (kierunku 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	☐ staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej	☐ przeprowadzenie przewodu doktorskiego (*dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich*)

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

Nauka odbywa się w systemie**:** ☐ **stacjonarnym** ☐ **niestacjonarnym** ☐ **nie dotyczy**

Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu**:** ☐ **tak** ☐ **nie**

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

Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z tytułu koszty z tytułu korzystania z asystenta osoby niepełnosprawnej/tłumacza języka migowego: ☐ **tak** ☐ **nie**

Wnioskodawca posiada Kartę Dużej Rodziny: ☐ **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**
		☐ **tak** ☐ **nie**		

Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego)	☐ **tak** ☐ **nie**

5. 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***	**Kwota wnioskowana (w zł)**
Opłata za naukę (czesne): .....**			
Opłata za naukę (czesne): .....**			
Dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich			
Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia			
Zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia w przypadku:			
– ponoszenia dodatkowych kosztów z powodu barier w poruszaniu się , barier w komunikowaniu się - w szczególności z tytułu pomocy tłumacza języka migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej,			
– ponoszenia dodatkowych kosztów w związku z pobieraniem nauki poza miejscem zamieszkania,			
– posiadania Karty Dużej Rodziny,			
– pobierania nauki jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów			
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*

6. Informacje uzupełniające

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**

Numer rachunku bankowego:.....

Nazwa banku .....

Imię i nazwisko Właściciela rachunku .....

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

7. Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu:

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam wyłącznie za pośrednictwem Powiatu Kamiennogórskiego-Powiatowego Centrum Pomocy w Kamiennej Górze ☐ tak - ☐ nie,
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", które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pcprkg.pl
4. posiadam środki własne na pokrycie wymagalnego wkładu własnego wynoszące:

   ☐15% - dla osób zatrudnionych, przy jednej formie kształcenia na poziomie wyższym ☐65% w przypadku więcej niż jednej formy kształcenia,

   ☐50%- dla osób niezatrudnionych w przypadku więcej niż jedna forma kształcenia
5. 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,
6. 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,
7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:
   ☐ tak - ☐ nie,
8. 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.
9. zobowiązuję się do bezzwłocznego poinformowania PCPR w Kamiennej Górze o wszelkich zmianach zawartych we wniosku o dofinansowanie.

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 ..... /..... /2016 roku .....

podpis Wnioskodawcy

8. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe załączniki

	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,	☐	☐	
2.	Oświadczenie o przeciętnym miesięcznym dochodzie netto w przeliczeniu na jednego członka rodziny -osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	☐	☐	
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 tj. PCPR w Kamiennej Górze	☐	☐	
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.*	☐	☐	
5.	W przypadku studentów odbywających staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej – wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający zakwalifikowanie na staż a w przypadku studentów, którzy w dniu złożenia wniosku odbywają staż, także dokument potwierdzający odbywanie tego stażu	☐	☐	
6.	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*).	☐	☐	
7.	Ksero aktualnej Karty Dużej Rodziny	☐	☐	
8.	Inne załączniki (należy wymienić):			
		☐		
		☐		
		☐		

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r., poz. 114 z późn. zm.), **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 2014 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 25 września 2015 r. - M.P. 2015 poz. 861), według wzoru: [(2.506 zł x liczba hektarów)/12]/liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy;

Samodzielne gospodarstwo domowe **(jednoosobowe)-** gdy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.

Wspólne gospodarstwo – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny.

Uwaga! W przypadku osób samodzielnie gospodarujących, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.

Ja niżej podpisany(a) ..... zamieszkały(a)

(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....

(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Niniejszym oświadczam, iż:

☐ prowadzę gospodarstwo domowe samodzielnie,

☐ prowadzę wspólne gospodarstwo domowe i razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby (zgodnie z przypisem nr 1)**:**

		Przeciętny miesięczny dochód
1.	***Wnioskodawca:.....***	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą ***np.*** *mąż, żona, córka...*		*x*
2.		
3.		
4.		
	RAZEM	

Oświadczam, także że:

1) ***w kwartale poprzedzającym miesiąc złożenia niniejszego wniosku o dofinansowanie w ramach programu "Aktywny samorząd", przeciętny miesięczny dochód netto rozumiany w znaczeniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł ..... zł (słownie złotych:***

2) ***prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.***

3) ***Uprzedzony/a o odpowiedzialności w tym także karnej, za podawanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte w powyższym oświadczeniu o wysokości dochodów są prawdziwe. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni. Jestem świadomy/a odpowiedzialności w tym także karnej, za złożenie fałszywych oświadczeń.***

Uwaga:

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na postawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana a Wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez Realizatora programu środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, naliczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu.

Uwaga! **Wnioskodawca na żądanie Realizatora programu zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym.** W takim przypadku wraz z ww. dokumentami należy przedłożyć także zgodę członków gospodarstwa domowego na przetwarzanie ich danych osobowych (zgodnie z załącznikiem nr 2 do formularza wniosku).

Jeżeli wykazany średni miesięczny dochód na osobę w gospodarstwie domowym uprawnia do ubiegania się o dofinansowanie na podstawie ustawy o pomocy społecznej, Realizator programu ma prawo żądać poświadczenia sytuacji materialnej rodziny z właściwego terenowego Ośrodka Pomocy Społecznej.

Uwaga: Sposób wyliczenia przeciętnego miesięcznego dochodu netto przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą = $\frac{\text{łączny przeciętny miesięczny dochód wykazany w wierszu „Razem” w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia}}$

……, dnia……r. ***……***

miejscowość **podpis Wnioskodawcy**

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu oraz PFRON

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd" do Realizatora programu tj. Powiatu Kamiennogórskiego z siedzibą w Kamiennej Górze (w Starostwie Powiatowym w Kamiennej Górze) przy ul. Broniewskiego 15, 58-400 Kamienna Góra (administratora danych) oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji programu, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.
Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w pilotażowym programie „Aktywny samorząd".

Niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kamiennej Górze-realizatora programu przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (*o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić*):

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Realizatora programu tj. Powiat Kamiennogórski z siedzibą w Kamiennej Górze (w Starostwie Powiatowym w Kamiennej Górze) przy ul. Broniewskiego 15, 58-400 Kamienne Góra (administrator danych) oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd", zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r., poz. 1182 ze zm.).
Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

……
pieczęć szkoły/uczelni

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb PFRON
(pilotażowy program „Aktywny samorząd")

Pan/Pani.....

nr PESEL .....

rozpoczął(ęła) naukę / kontynuuje naukę* w……

……..
(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)

Rok nauki..... semestr nauki.....

Czy Pan/Pani powtarzał(a) rok nauki: ☐ tak ☐ nie
Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce: ☐ tak ☐ nie
Okres zaliczeniowy w szkole: ☐ semestr ☐ rok akademicki (szkolny)
Nauka odbywa się w systemie: ☐ stacjonarnym ☐ niestacjonarnym

Forma kształcenia:

☐ jednolite studia magisterskie	☐ studia pierwszego stopnia	☐ studia drugiego stopnia
☐ studia podyplomowe	☐ studia doktoranckie	☐ kolegium pracowników służb społecznych
☐ kolegium nauczycielskie	☐ nauczycielskie kolegium języków obcych	☐ szkoła policealna
☐ staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej		

Nauka jest odpłatna: ☐ tak ☐ nie Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze**
(w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi: ..... zł

Czesne ww. Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane: ☐ nie ☐ tak - ze środków**:

1. ..... w wysokości:..... zł
2. ..... w wysokości:..... zł

Organizacja roku akademickiego (szkolnego) ……/…… r. w jednym półroczu:	
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** *(dzień, miesiąc, rok)*	
Data zakończenia obowiązkowych praktyk** *(dzień, miesiąc, rok)*	

**-niepotrzebne skreślić*
*** - jeżeli dotyczy*

podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

data, podpis:

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA REALIZATOR

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.

Data, pieczątka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczątki i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczątki i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)

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	☐ - tak ☐ - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	☐ - tak ☐ - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	☐ - tak ☐ - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	☐ - tak ☐ - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	☐ - tak ☐ - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	☐ - tak ☐ - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	☐ - tak ☐ - nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku:	...../ ...../ 20.... r.
Weryfikacja formalna wniosku:	☐ **pozytywna** ☐ **negatywna**
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:	☐ - tak ☐ - nie
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia	☐ - tak ☐ - nie

pieczątka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku	*pieczątka imienna dyrektora właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*
data, podpis:	*data, podpis:*

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ...../...../2016 r.

Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ...../ ...../ 2016 r. (o ile dotyczy)

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.

W tym:

Koszty opłaty za naukę (czesne) lub dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich:	Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:
..... zł	..... zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....2016 r. ....

data podpisy osób podejmujących decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania

pieczątki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę	*pieczątka imienna dyrektora właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*
data, podpis:	*data, podpis:*