

Nr sprawy:

Pieczęć PCPR w Kłodzku wraz z datą wpływu

Wypełnia PCPR w Kłodzku

## WNIOSEK

### **o dofinansowanie kosztów nauki na poziomie wyższym w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”- Moduł II**

#### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Imię.....Nazwisko.....

Data urodzenia ..... r. Dowód osobisty seria ..... numer .....

wydany przez .....

w dniu ..... ważny do.....

PESEL

Płeć:  kobieta  mężczyzna.

#### MIEJSCE ZAMIESZKANIA

Kod pocztowy -

Poczta .....

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... Nr m. ....

Powiat .....

Województwo .....

inne  miasto  wieś

#### ADRES DO KORESPONDENCJI

*wpisać jeżeli jest inny niż adres podany w kolumnie „Miejsce zamieszkania”*

Kod pocztowy -

Poczta.....

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu .....Nr m. ....

Powiat .....

Województwo .....

Kontakt telefoniczny: nr kier. ....nr tel. .... /nr tel. komórkowego.....

e-mail (o ile dotyczy).....

W sytuacji osób z dysfunkcją narządu słuchu rodzaj kontaktu przez sms: tak  nie

## 1. Informacje o Wnioskodawcy

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY		
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i 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 ważne: <input type="checkbox"/> okresowo do ..... <input type="checkbox"/> bezterminowo		
<b>Uwaga!</b> W przypadku, gdy Beneficjent pomocy posiada czasowe orzeczenie o niepełnosprawności, którego ważność kończy się w trakcie trwania półrocza objętego dofinansowaniem, zobowiązany jest przedłożyć kolejne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, nie później niż łącznie z dokumentami rozliczającymi przyznane dofinansowanie.		
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY		
<input type="checkbox"/> narząd ruchu	<input type="checkbox"/> narząd słuchu	<input type="checkbox"/> narząd wzroku
<input type="checkbox"/> epilepsja	<input type="checkbox"/> ogólny stan zdrowia	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność sprzężona
<input type="checkbox"/> inne przyczyny, jakie.....		
ZATRUDNIENIE WNIOSKODAWCY		
<input type="checkbox"/> zatrudniony * (od kiedy?) ..... <input type="checkbox"/> nie zatrudniony		
* <b>a)</b> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące, <b>b)</b> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony; okres ten nie może być krótszy niż 3 miesiące. <b>c)</b> działalność rolniczą w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (tekst jednolity: Dz. U. z 2017r., poz. 2336, z późn. zm.) <b>d)</b> działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2017r., poz. 2168, z późn. zm.) <b>e)</b> zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się), <b>f)</b> staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity: Dz. U. z 2018r., poz. 1265, z późn. zm.)		
<input type="checkbox"/> zarejestrowany w PUP jako:		
<input type="checkbox"/> bezrobotny(od kiedy?) .....		
<input type="checkbox"/> poszukujący pracy(od kiedy?).....		

**WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY**

<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:.....	

**DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY**  
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

Imię i nazwisko .....

numer rachunku bankowego:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

nazwa banku .....

**Uwaga!** Należy wskazać dane rachunku bankowego Wnioskodawcy lub wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym poprzez przedłożenie dokumentu potwierdzającego posiadanie danego konta.

**2. Zakres rzeczowy i finansowy wnioskowanego dofinansowania**

Wnioskodawca występuje o przyznanie dofinansowania na pokrycie kosztów nauki jednego półrocza w ramach jednego kierunku (przez „półrocze” należy rozumieć okres, na który może zostać przyznane dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki w szkole, obejmujący zajęcia dydaktyczne, sesję egzaminacyjną oraz obowiązkowe praktyki; datą rozpoczęcia półrocza jest data rozpoczęcia danego semestru)

Lp.	Rodzaje kosztów	Wartość ogółem w zł
1.	Opłata za naukę (czesne) .	
2.	Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego- w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich.	
3.	Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia.	
4.	Dodatek z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania.	
5.	Dodatek na pokrycie kosztów z powodów barier w poruszaniu się lub w komunikowaniu się ( w szczególności pomoc tłumacza migowego, lub asystenta osoby niepełnosprawnej).	
6.	Dodatek na pokrycie kosztów w przypadku posiadania Karty Dużej Rodziny.	
7.	Dodatek w przypadku gdy wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch lub więcej kierunkach.	
8.	Dodatek w przypadku, gdy Wnioskodawca jest osoba poszkodowaną w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych.	
<b>SUMA KWOTY WNIOSKOWANEJ:</b>		

Słownie kwota wnioskowana:

**3.Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

A. Czy Wnioskodawca korzystał z dofinansowania do kosztów nauki na poziomie wyższym w ramach programów: „Student”, „Student II”, „Aktywny Samorząd- Moduł II”?  
 tak\*  nie

\*W przypadku zaznaczenia należy uzupełnić informacje w punkcie B

B. W ramach ilu semestrów/ półroczy różnych form kształcenia\* na poziomie wyższym wnioskodawca otrzymał dofinansowanie ze środków PFRON (program „Student”, „Student II”, „Aktywny Samorząd- Moduł II”)

..... słownie: .....  
 (należy podać łączną liczbę semestrów/półroczy)

\*.....  
Wnioskodawca może uzyskać pomoc ze środków PFRON łącznie maksymalnie w ramach 20 (dwudziestu) semestrów/półroczy różnych form kształcenia na poziomie wyższym.

\*wpisać jedną z form kształcenia w danym okresie: jednolite studia magisterskie; studia pierwszego stopnia; studia drugiego stopnia; nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych; nauka w szkole policealnej; studia podyplomowe; studia doktoranckie; przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób nie będących uczestnikami studiów doktoranckich).

Lp.	Nazwa programu	Numer i data zawarcia umowy	Okres kształcenia objęty dofinansowaniem	Termin rozliczenia umowy

C. **-Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:**

tak\*  nie

Jeżeli tak, podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:.....

.....

**Uwaga!** W ramach programu „Aktywny samorząd” – Moduł II nie mogą uczestniczyć osoby, które posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON. Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął.

**-Czy Wnioskodawca w poprzednim roku szkolnym/akademickim zrezygnował z przyczyn własnych z otrzymanego dofinansowania:**

tak\*  nie

Jeżeli tak, należy podać przyczynę rezygnacji:.....

.....

**- Czy Wnioskodawca z powodu niezadowalających wyników w nauce powtarza semestr/półrocze uprzednio objęte dofinansowaniem ze środków PFRON:**

tak  nie

**- Czy Wnioskodawca wcześniej powtarzał semestr roku szkolnego/akademickiego:**

tak\*  nie

Jeżeli tak, należy podać ile razy.....

**4. Informacje o nauce pobieranej przez Wnioskodawcę**

Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:

<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia
<input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim	<input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)

**Czy Wnioskodawca aktualnie ma przerwę w nauce (np. urlop dziekański/zdrowotny)**

tak  nie

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 odpłatnie:

tak  nie

Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia:

tak  nie

Czy Wnioskodawca zmieniając kierunek lub szkołę/uczelnię ponownie rozpoczyna naukę od poziomu (semestr/półrocze) objętego uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON:

tak  nie

Czy Wnioskodawca po pomyślnym ukończeniu nauki objętej dofinansowaniem ze środków PFRON w ramach danej formy kształcenia na poziomie wyższym ponownie rozpoczyna lub kontynuuje naukę w ramach takiej samej formy edukacji:

tak  nie

Pełna nazwa szkoły: .....

.....

Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy
Powiat	Województwo	Nr telefonu	NIP szkoły/uczelni

Wydział:

Kierunek nauki:

Specjalność:

Rok nauki:

Semestr nauki:

### 5. Załączniki wymagane do wniosku (WYPEŁNIA PRACOWNIK PCPR W KŁODZKU)

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono (zaznaczyć właściwe)	Uzupełniono (zaznaczyć właściwe)	Data uzupełnienia
			wypełnia PCPR Kłodzko	
1.	Pełnomocnictwo lub akt notarialny w przypadku braku możliwości wypełnienia dokumentów przez osobę niepełnosprawną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Kserokopie aktualnych dokumentów potwierdzających stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego. (załącznik nr 1).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (załącznik nr 2). <b>Uwaga!</b> Wnioskodawca na żądanie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kłodzku zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Oświadczenie dot. wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE. (załącznik nr 3).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Oświadczenie wnioskodawcy o nie ubieganiu się z odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego). (załącznik nr 4).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Oświadczenie zatrudnionych wnioskodawców wraz z zaświadczeniem z zakładu pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Oświadczenie o posiadaniu środków na udział własny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Kserokopia dowodu osobistego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Zaświadczenie o ponoszeniu kosztów z tytułu pomocy tłumacza migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Zaświadczenie o posiadaniu Karty Dużej Rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Oświadczenie o ilości dofinansowanych ze środków PFRON semestrów/półroczy (załącznik nr 5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Inne (wymienić jakie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

#### **UWAGA!**

⇒ Jeżeli z przyczyn niezależnych od Wnioskodawcy (opisanych przez Wnioskodawcę we wniosku nie jest możliwe załączenie do wniosku dokumentów, o których mowa w Tabeli 6 („Załączniki wymagane do wniosku”) **dopuszcza się możliwość** przedłożenia tych dokumentów w terminie późniejszym, uzgodnionym z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kłodzku.

**Oświadczam, że:**

- 1) podane we wniosku i w załącznikach do tego wniosku informacje są zgodne z prawdą – przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania;
- 2) przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć w terminie określonym w piśmie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kłodzku, a także że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną;
- 3) przyjmuję do wiadomości, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie – w dniu podpisania umowy;
- 4) **nie byłem(am)** stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie
- 5) **zapoznałem(am) się** z zasadami udzielania pomocy w ramach programu „Aktywny samorząd”– Moduł II- dofinansowanie lub refundacja kosztów uzyskania wykształcenia na poziomie wyższym oraz przyjąłem (przyjęłam) do wiadomości, że tekst programu „Aktywny samorząd” – Moduł II i procedur realizacji tego programu są dostępne na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kłodzku [www.pcpr.bip.klodzko.pl](http://www.pcpr.bip.klodzko.pl) oraz na stronie PFRON [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl)

.....  
miejsowość

.....r.  
data

.....

**podpis Wnioskodawcy**

**Pouczenie:**

We wniosku należy wypełnić wszystkie 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.



**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) 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, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.
- 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 podjęcia decyzji / zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieją zdarzenia wskazane w pkt 1-4.

<p align="center"><i>Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku</i></p>	<p align="center"><i>Data, pieczętka i podpisy pracowników przygotowujących i zawierających umowę dofinansowania</i></p>

**Weryfikacja formalna wniosku:**

L.p.	Kryteria oceny formalnej	Tak	Nie	Uwagi (opinia negatywna wymaga uzasadnienia)
1.	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania			
2.	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku			
3.	Wysokość wnioskowanej kwoty dofinansowania jest zgodna z zasadami wskazanymi w programie			
4.	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów			
5.	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosku i załącznikach)			
6.	Wniosek zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych)			
7.	Wniosek jednorazowo uzupełniony we wskazanym terminie			
8.	Wniosek kompletny w dniu przyjęcia			
Data weryfikacji formalnej wniosku				...../...../.....r.
<b>Weryfikacja formalna wniosku</b>		<b>pozytywna</b>	<b>negatywna</b>	



**Maksymalna kwota dofinansowania wyliczona zgodnie z Procedurą:**

Półrocze roku akademickiego (szkolnego) ...../.....: .....zł

Kwota słownie: .....zł

**SPECYFIKACJA DOFINANSOWANIA:**

1. Czesne:.....zł
2. Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego- w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich .....zł
3. Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia.....zł
4. Dodatek na pokrycie kosztów w przypadku posiadania Karty Dużej Rodziny:.....zł
5. Dodatek na pokrycie kosztów z powodów barier w poruszaniu się lub w komunikowaniu się (w szczególności pomoc tłumacza migowego, lub asystenta osoby niepełnosprawnej).....zł
6. Dodatek z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania .....zł
7. Dodatek w przypadku gdy Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch lub więcej kierunkach **jednocześnie** .....zł

<i>pieczęćka imienna, podpis pracownika</i>	<i>pieczęćka imienna, podpis kierownika</i>
data, podpis: 	data, podpis: 

## O P I N I A

pozytywna       negatywna

### 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) 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 podjęcia decyzji / zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieją zdarzenia wskazane w pkt 1-4.

**Półrocze roku akademickiego (szkolnego) ...../.....**

Lp.	Rodzaje kosztów	
1.	Opłata za naukę (czesne).	
2.	Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia.	
3.	Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego- w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich	
4.	Dodatek na pokrycie kosztów w przypadku posiadania Karty Dużej Rodziny	
5.	Dodatek na pokrycie kosztów z powodów barier w poruszaniu się lub w komunikowaniu się ( w szczególności pomoc tłumacza migowego, lub asystenta osoby niepełnosprawnej)	
6.	Dodatek z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania	
7.	Dodatek w przypadku gdy Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch lub więcej kierunkach jednocześnie	
8.	Dodatek w przypadku, gdy Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych.	

..... dnia .....r.  
miejsowość                      data

.....  
podpis

.....  
pieczęć szkoły

### ZAŚWIADCZENIE

**wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Kłodzku (program „Aktywny samorząd– Moduł II - dofinansowanie lub refundacja kosztów uzyskania wykształcenia na  
poziomie wyższym)**

Pan/Pani .....

zamieszkały/a w .....

przy ul....., nr PESEL .....

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

.....  
(pełna nazwa i adres szkoły, wydział, kierunek)  
.....

Rok nauki..... semestr nauki..... **Czy Pan/Pani powtarzał(a) rok nauki:**  **tak**  **nie**

Okres zaliczeniowy w szkole:  **semestr**  **rok akademicki (szkolny)**

Nauka odbywa się w systemie:  **stacjonarnym**  **niestacjonarnym**

Studia na kierunku zamawianym w ramach rządowego programu kierunków zamawianych, z listy Ministerstwa Nauki  
i Szkolnictwa Wyższego:  **tak**  **nie**

Forma kształcenia:

studia pierwszego stopnia  studia drugiego stopnia  jednolite studia magisterskie

studia doktoranckie  kolegium pracowników służb społecznych

kolegium nauczycielskie  nauczycielskie kolegium języków obcych  szkoła policealna

przewód doktorski (dot. osób nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)

studia podyplomowe

Nauka odpłatna:  **tak**  **nie**

Wysokość kwoty czesnego za **jedno półrocze** \*\* (w odniesieniu do ww. studenta): .....(zł)

.....(słownie zł)

Średnia ocen uzyskana w poprzednim roku akademickim (szkolnym) .....

(średnia ocen wyliczona, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, jako średnia arytmetyczna, na podstawie wszystkich ocen uzyskanych w poprzednim roku akademickim/szkolnym – oceny z egzaminów i zaliczeń wpisane do indeksu)

Obowiązująca na uczelni skala ocen.....

**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) .....

\*-niepotrzebne skreślić

\*\* - jeżeli dotyczy

*Czytelny podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły*

data, pieczęćki imienna i czytelny podpis:

#### Uwaga!

- 1) nauce w szkole wyższej –należy przez to rozumieć studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia, jednolite studia magisterskie, studia podyplomowe lub doktoranckie prowadzone przez szkoły wyższe w systemie stacjonarnym (dziennym) lub niestacjonarnym (wieczorowym, zaocznym lub eksternistycznym, w tym również za pośrednictwem Internetu),
- 2) półroczu –należy przez to rozumieć okres, na który może zostać przyznana pomoc finansowa na pokrycie kosztów nauki, obejmujący zajęcia dydaktyczne i sesję egzaminacyjną.
- 3) szkole policealnej –należy przez to rozumieć publiczną lub niepubliczną szkołę policealną, utworzoną zgodnie z ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jednolity: Dz.U. z 20018r., poz. 1457, z późn. zm.),
- 4) kolegium –należy przez to rozumieć kolegium pracowników służb społecznych, kolegium nauczycielskie lub nauczycielskie kolegium języków obcych utworzone zgodnie z ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jednolity: Dz.U. z 20018r., poz. 1457, z późn. zm.),
- 5) szkole wyższej –należy przez to rozumieć publiczną lub niepubliczną szkołę wyższą utworzoną zgodnie z ustawą z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (tekst jednolity: Dz.U. z 20018r., poz. 1457, z późn. zm.), a także szkołę wyższą i wyższe seminarium duchowne prowadzone przez Kościół Katolicki lub inne kościoły i związki wyznaniowe,
- 6) średniej ocen –należy przez to rozumieć średnią ocen wyliczoną z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, jako średnią arytmetyczną, na podstawie wszystkich ocen uzyskanych w roku akademickim (szkolnym) poprzedzającym rok akademicki (szkolny) którego dotyczy wniosek (wszystkie udokumentowane oceny z egzaminów i zaliczeń); w przypadku studentów pobierających naukę na pierwszym roku studiów drugiego stopnia, brana jest pod uwagę średnia ocen z ostatniego roku studiów pierwszego stopnia,

### OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek.

Wnioskodawca, który prowadzi **samodzielne gospodarstwo domowe** – należy przez to rozumieć, że Wnioskodawca mieszka oraz utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów lub przy wsparciu właściwych instytucji, ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu, przy czym wnioskodawcą, 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.

**Przez pojęcie wspólne gospodarstwo domowe**- należy rozumieć członków rodziny Wnioskodawcy, faktycznie wspólnie utrzymujących się i mających wspólny budżet domowy.

Ja niżej podpisany(a).....zamieszkały(a)  
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

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

**niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:**

		Przeciętny miesięczny dochód, obliczony za kwartał, poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek.
1.	Wnioskodawca:	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy- <b>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą :</b>		x
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
<b>RAZEM:</b>		

**Oświadczam, także że:**

1) przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi  
.....zł. ( słownie złotych:.....)

2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....20.....r.  
*miejsowość*

.....  
*podpis Wnioskodawcy*

**Uwaga:**

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie 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, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu.

### **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYRAŻENIA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Dane osobowe przekazane przez uczestników programu „Aktywny samorząd” – Moduł II - dofinansowanie lub refundacja kosztów uzyskania wykształcenia na poziomie wyższym na rzecz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Kłodzku przy ul. Kościuszki 2 (administratora danych) będą przetwarzane w celu realizacji programu. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia udziału w programie „Aktywny samorząd” – Moduł II – dofinansowanie lub refundacja kosztów uzyskania wykształcenia na poziomie wyższym

.....  
(imię i nazwisko)\*

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

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Kłodzku przy ul. Kościuszki 2 (administrator danych) w celach związanych z realizacją programu „Aktywny samorząd” – Moduł II - dofinansowanie lub refundacja kosztów uzyskania wykształcenia na poziomie wyższym, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

.....  
(Data i podpis osoby składającej oświadczenie)

\* oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie – inne pełnoletnie osoby, których dane osobowe zostały przekazane do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kłodzku przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie (np. w dokumentach potwierdzających uzyskiwane dochody)



## OŚWIADCZENIE

**O NIEUBIEGANIU SIĘ ODRĘBNYM WNIOSKIEM O ŚRODKI PFRON NA TEN SAM CEL ZA POŚREDNICTWEM INNEGO REALIZATORA (NA TERENIE INNEGO SAMORZĄDU POWIATOWEGO) ORAZ O NIEOTRZYMANIU DOFINANSOWANIA NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA Z INNYCH ŹRÓDEŁ TJ. ZE ŚRODKÓW POCHODZĄCYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA, Z BUDŻETÓW JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO, ZE ŚRODKÓW WŁASNYCH SZKÓŁ I UCZELNI ORAZ Z FUNDUSZY STRUKTURALNYCH.**

Ja niżej podpisany(a) ..... zamieszkały(a)  
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

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

Niniejszym oświadczam, iż

- 1) nie ubiegałem/am się z odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
- 2) nie otrzymałem/am dofinansowania na pokrycie kosztów kształcenia z innych źródeł tj. ze pochodzących z budżetu państwa, z budżetu jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych,
- 3) prawdziwość powyższego oświadczenia potwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....r.  
miejscowość

.....  
podpis Wnioskodawcy

## **OŚWIADCZENIE O ILOŚCI DOFINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PFRON SEMESTRÓW/PÓŁROCZY**

Oświadczam, iż ubiegam się o dofinansowanie (proszę podać słownie łącznie, który jest to semestr/półrocze):..... semestru/półrocza nauki, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Oświadczam, że korzystałem/łam\*, nie korzystałem/łam\* z dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w ramach programu „Student”, „Student II” lub „Aktywny Samorząd- Moduł II” w łącznej liczbie semestrów/półroczy.....

.....  
Data i podpis Wnioskodawcy

### **UWAGA:**

Każdy Wnioskodawca może uzyskać pomoc ze środków PFRON **łącznie maksymalnie w ramach 20 (dwudziestu) semestrów/półroczy** różnych form kształcenia na poziomie wyższym- warunek ten dotyczy wsparcia udzielonego w ramach programów PFRON:

- „STUDENT”- kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych,
- „STUDENT II”- kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych,
- „AKTYWNY SAMORZĄD- MODUŁ II”

\*niepotrzebne skreślić

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres)

## Oświadczenie

Oświadczam, iż zgodnie z zasadami dotyczącymi programu „Aktywny samorząd” moduł II posiadam środki przeznaczone na udział własny.

....., dnia.....r.  
*Miejscowość*

.....  
*podpis Wnioskodawcy*