



.....  
(pieczęć szkoły)

## **ZAŚWIADCZENIE**

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Kłodzku (program „Aktywny samorząd” Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie  
wyższym)

Pan/Pani: .....

zamieszkały/a w .....

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

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

.....  
(pełna nazwa i adres szkoły)

wydział.....

kierunek.....

specjalność .....

rok nauki..... semestr nauki..... liczba semestrów ogółem na kierunku.....

Czy Pan/Pani powtarzał(a) rok nauki: ☐ tak ☐ nie

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

Nauka odbywa się w systemie: ☐ stacjonarnym ☐ niestacjonarnym

Nauka za pośrednictwem Internetu (jako wyłączna forma pobierania nauki; e-learning): ☐ tak ☐ nie

Nauka jest pobierana lub w poprzednim semestrze była pobierana w formie hybrydowej (tj. częściowo zdalnie,  
częściowo tradycyjnie): ☐ tak ☐ nie

Studia odbywają się w przyspieszonym trybie: ☐ tak ☐ nie

### **Forma kształcenia:**

☐ studia pierwszego stopnia ☐ studia drugiego stopnia ☐ jednolite studia magisterskie

☐ studia doktoranckie ☐ kolegium pracowników służb społecznych ☐ szkoła policealna

☐ kolegium nauczycielskie ☐ nauczycielskie kolegium języków obcych ☐ szkoła doktorska

☐ studia podyplomowe ☐ nauka w uczelni zagranicznej ☐ seminarium doktoranckie

☐ staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej

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

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.....

|                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Organizacja roku akademickiego (szkolnego)...../..... r. w jednym półroczu:</b> |
| Data rozpoczęcia semestru <i>(dzień, miesiąc, rok)</i> .....                       |
| Data zakończenia semestru <i>(dzień, miesiąc, rok)</i> .....                       |
| Data rozpoczęcia sesji egzaminacyjnej <i>(dzień, miesiąc, rok)</i> .....           |
| Data zakończenia sesji egzaminacyjnej <i>(dzień, miesiąc, rok)</i> .....           |
| Data rozpoczęcia obowiązkowych praktyk**( <i>dzień, miesiąc, rok</i> ) .....       |

\*-niepotrzebne skreślić

\*\* - jeżeli dotyczy

data, pieczętka imienna i podpis pracownika jednostki  
organizacyjnej Szkoły

## 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** (jednoosobowe) i posiada własne stałe dochody, składa niniejsze oświadczenie wyliczone na podstawie własnych dochodów. Za własne gospodarstwo domowe uważa się sytuację, gdy Wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.

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)

.....  
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)

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

|                                                                                                                                                |                       | Przeciętny <u>miesięczny</u> dochód, obliczony za kwartał, poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                                                                                                                                             | Wnioskodawca<br>..... |                                                                                                             |
| 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: .....)

2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....20.....r.

*miejsowość*

.....

*podpis Wnioskodawcy*

**Uwaga:**

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzją, 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: kod pocztowy, miejscowość, 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) .....

(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

zamieszkały(a).....

(kod pocztowy, miejscowość, 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 środków 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)

(data)

.....

(podpis wnioskodawcy)

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

Oświadczam, iż ubiegam się o dofinansowanie (proszę podać 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